

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE TRADUCCIÓN Y DOCUMENTACIÓN
GRADO EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN
Trabajo de Fin de Grado

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA EN SALUD MENTAL A VÍCTIMAS BRASILEÑAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

***Role-play* consulta psicológica**

Autora: Julia Abascal Carral

Tutora: Prof^a Icíar Alonso Araguás



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

Salamanca, 2014

RESUMEN

El presente trabajo se centra en la asistencia lingüística a víctimas brasileñas de violencia de género en un contexto de salud mental. Las mujeres extranjeras en nuestro país conforman un grupo especialmente vulnerable y se enfrentan a diferentes barreras a la hora de ejercer sus derechos como ciudadanas, como por ejemplo el acceso a la asistencia sanitaria necesaria, incluidos los servicios de salud mental. A lo largo de este trabajo analizamos el papel de la figura del intérprete profesional en el ámbito de salud mental, pues es quien en teoría se encarga de asistir a las mujeres extranjeras y de colaborar con los profesionales en salud mental para que la terapia con la víctima de violencia de género tenga unos resultados favorables. El principal objetivo de este trabajo es analizar la interacción entre los intérpretes y los psicoterapeutas en el marco de una terapia con una víctima brasileña de violencia de género y también comprobar si la realidad en este ámbito de salud mental se ciñe a la situación ideal que defienden los profesionales de la traducción y la interpretación. En segundo lugar, ofrecemos una serie de pautas y recomendaciones para que intérpretes y profesionales sanitarios aprendan a colaborar unos con otros y puedan realizar su trabajo con éxito. Asimismo, a partir de estas recomendaciones, y con la colaboración de dos asociaciones que prestan asistencia psicológica a víctimas de violencia de género en Salamanca, elaboraremos un *role-play* que reproduce una entrevista tipo entre una usuaria brasileña y una psicoterapeuta. Con ello ofrecemos apoyo didáctico para la futura formación de intérpretes en el ámbito de la VG.

Palabras clave: violencia de género, mujer inmigrante, intérprete, psicoterapeuta, asistencia lingüística, salud mental

ABSTRACT

This paper focuses on the linguistic support provided to Brazilian victims of domestic violence within a mental health setting. Immigrant women in Spain form a vulnerable community that has to face different barriers when exercising their rights as citizens, as for example the access to health care, including psychological care services. It analysis the role of professional interpreters working in mental health settings, assisting immigrant women and working hand in hand with mental health professionals. The

main aim of this research is to evaluate the interaction between interpreters and psychotherapists in the frame of a therapy with a Brazilian victim of domestic violence and to prove if reality fits the ideal situation interpreters support. Secondly, it offers some guidelines so that interpreters and psychotherapists learn how to work hand in hand. Besides, using these guidelines and with the cooperation of two organizations that assist victims of domestic violence in Salamanca, it includes a role-play that shows the therapeutic relations between the mentioned Brazilian patient and a mental health professional. This role-play will serve as teaching material to train interpreters in the field of domestic violence.

Key words: domestic violence, immigrant woman, interpreter, psychotherapist, linguistic support, mental health settings.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
B ASE TEÓRICO-CONCEPTUAL	10
1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VG). BREVE CONTEXTUALIZACIÓN	12
1.1. La violencia de género en un contexto nacional e internacional	12
1.2. La violencia de género: un grave problema social.....	12
1.3. La violencia de género en cifras	13
2. LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO	16
2.1. La experiencia migratoria y su impacto en la salud del emigrante: ‘El síndrome de Ulises’	16
2.2. La mujer emigrante y los factores de riesgo que la rodean.....	18
2.2.1. <i>Trata de seres humanos con fines de explotación sexual</i>	19
2.2.2. <i>La prostitución</i>	19
2.3. La comunidad brasileña en España.....	21
2.3.1. <i>La mujer brasileña y su situación laboral en España</i>	22
3. LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL.....	24
3.1. El intérprete profesional en el ámbito sanitario	26
3.2. El intérprete ad hoc: riesgos y consecuencias.....	28
3.3. Los profesionales sanitarios.....	30
3.4. Proyecto SOS-VICS	31
4. ATENCIÓN SANITARIA A VÍCTIMAS BRASILEÑAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	32
4.1. El colectivo brasileño en un contexto sanitario	32
4.2. Barreras en la atención sanitaria	33
4.2.1. <i>Problemas lingüísticos</i>	34
4.2.2. <i>Interferencias culturales</i>	34
4.2.3. <i>Interferencias emocionales</i>	36
5. ASISTENCIA LINGÜÍSTICA A VÍCTIMAS BRASILEÑAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN CONTEXTO DE SALUD MENTAL	37
5.1. Consecuencias psicológicas de la violencia de género	37
5.2. Las terapias psicológicas con intérprete	39

5.3. Recomendaciones prácticas para los psicoterapeutas	43
6. PROYECTO PILOTO: ‘ADAVAS’ y ‘Plaza Mayor’	46
6.1. Contactar con las asociaciones	47
6.2. Presentarles el modelo de entrevista	48
6.3. Analizar la información obtenida.....	48
6.3.1. <i>Síntesis</i>	52
CONCLUSIÓN	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	60
ANEXO 1: <i>Role-play</i> consulta psicológica a víctima brasileña de violencia de género	60
ANEXO 2: <i>Role-play</i> adjuntado en CD	

INTRODUCCIÓN

La interpretación en salud mental es un ámbito que hasta la fecha aún no se ha estudiado en profundidad. Si partimos de la base de que la interpretación en los servicios públicos es una práctica relativamente nueva, vemos que todavía quedan muchos aspectos por investigar. Debido a la globalización, los intercambios comerciales, el desarrollo de las comunicaciones y las migraciones, entre otros factores, han aparecido en nuestro país nuevos contextos y nuevos interlocutores que originan una serie de cambios sociales a los que el país debe adaptarse.

La llegada masiva de inmigrantes a España ha tenido una repercusión directa en diferentes ámbitos. Uno de ellos, y el que más nos interesa en este trabajo, es la asistencia lingüística, pues cada vez se requieren más intérpretes que asistan a estos ciudadanos extranjeros en diferentes entornos y situaciones.

El objeto de estudio de este trabajo es la asistencia lingüística a las mujeres inmigrantes víctimas de violencia género (VG) en un contexto de salud mental. En concreto, me centraré en las mujeres brasileñas, un colectivo que ha tenido mucho peso en nuestro país durante los últimos diez años y que dentro de un contexto sanitario aún no se ha investigado tanto como el colectivo magrebí o chino.

Las razones que me han llevado a elegir este tema para mi trabajo de fin de grado han sido varias. Por un lado, considero que la VG es un grave problema social que nos concierne a todos. Por otro, la salud mental es un campo que ha ganado mucho peso en la sociedad actual, pues cada vez son más las personas que requieren los servicios de un psicoterapeuta. La ‘palabra’ es el elemento clave de las consultas psicoterapéuticas y, a su vez, la herramienta principal del intérprete. Por ello, creo que el poder de este elemento lingüístico a la hora de diagnosticar, tratar y solucionar un trastorno o

problema es digno de ser estudiado también desde el mundo de la traducción y la interpretación.

En cuanto a los objetivos que persigo son también varios. En primer lugar, me gustaría poder contribuir a que más personas se conciencien de la necesidad de ayudar a las víctimas extranjeras de VG que se encuentran en situación de vulnerabilidad y desamparo en nuestro país. En el mundo occidental y desarrollado, las mujeres hemos conseguido grandes progresos durante las últimas décadas. Sin embargo, la condición de ser mujer aún es un factor de discriminación. Si a esa condición le sumamos el hecho de ser extranjera y residir en un país desconocido, el grado de vulnerabilidad aumenta considerablemente. En la mayoría de los casos, estas mujeres no conocen ni siquiera los derechos que poseen como ciudadanas de nuestro país, como por ejemplo el derecho a la asistencia lingüística. En segundo lugar, quisiera investigar más a fondo la labor de los intérpretes profesionales en los servicios públicos (SSPP), centrándome en el ámbito de salud mental, así como el uso de intérpretes *ad hoc*. Los intérpretes son quienes hacen posible la comunicación entre los usuarios extranjeros y los proveedores de servicios y, en este contexto, facilitan el acceso a la atención psicológica pertinente a todos los pacientes o víctimas con problemas o experiencias traumáticas que no hablan nuestro idioma. Pretendo analizar cuál es el papel que desempeña en el marco de una consulta psicológica, así como las barreras con las que se enfrenta y las técnicas necesarias para superarlas. Asimismo, uno de mis propósitos es desarrollar una serie de directrices o recomendaciones prácticas que puedan servir a los profesionales en salud mental a la hora de trabajar mano a mano con intérpretes.

Combinar los elementos mujer, violencia, psicología e interpretación ha sido fácil gracias al proyecto piloto SOS-VICS¹, que me ha abierto las puertas para emprender

¹ SOSVICS – Speak Out for Support. Proyecto piloto, financiado por la Dirección General de Justicia de la Comisión Europea, para la formación de intérpretes en el ámbito de la asistencia lingüística a víctimas

este estudio. Mi trabajo se divide en dos partes, una teórica y una práctica. Con el fin de contrastar los datos obtenidos en la primera fase, me entrevisté personalmente con psicólogas especializadas en VG en los dos centros principales de asistencia a la mujer de Salamanca, ADAVAS y Plaza Mayor. Gracias a su colaboración, pude emprender la fase práctica, que consiste en la grabación de un *role-play* de una terapia psicológica, y hacer que se adaptase lo más posible a la realidad. Se trata del primer contacto entre la psicóloga y la víctima con presencia de una intérprete profesional. Para la realización de este trabajo he utilizado las competencias adquiridas a lo largo de los cuatro años del grado y los conocimientos en interpretación en los SSPP, un campo que desde el principio me llamó bastante la atención.

En definitiva, pretendo que sirva como recurso de formación para profesionales sanitarios especializados en VG que no están familiarizados con la figura del intérprete y, por supuesto, para futuros intérpretes que quieran adentrarse en el mundo de la interpretación en los SSPP. Por su parte, el *role-play* servirá para mostrar el procedimiento que se recomienda seguir en estos casos y los problemas ‘reales’ que pueden surgir en una consulta psicológica. Además de ilustrar algunas de las particularidades de la interpretación en el ámbito de la asistencia a víctimas de VG, la grabación se integrará en un bloque más amplio de materiales didácticos, disponibles en una plataforma web para formación en interpretación en contextos de VG.

En estas líneas, me gustaría agradecer la colaboración de mis compañeras de carrera Lucía Varela, Marisol Mandarino y Lourdes de la Torre (protagonistas el *role-play*), así como la de aquellas que me ayudaron en la transcripción del portugués. Además, este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de las asociaciones ADAVAS y Plaza Mayor y sin la ayuda y predisposición de la tutora Iciar Alonso.

BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

Puesto de relieve la importancia de la interpretación en los SSPP, nos hemos centrado en este trabajo en salud mental. Como ya hemos indicado en la introducción, se trata de un campo poco estudiado, al menos desde el mundo de la traducción y la interpretación, a excepción de algunos artículos de Tribe (2004), Toledano Buendía (2012) o Escudero Bregante (2014), entre otros. En el área de psiquiatría, destacan las investigaciones de Achotegui (2002) sobre la salud mental en pacientes inmigrantes, pero no se centra en casos de mujeres víctimas de VG, sino de los emigrantes en general. Ante una situación de violencia de género con una mujer inmigrante, el entorno de salud mental presenta unas características específicas que se deben tener en cuenta, pues interpretar un discurso en este contexto entraña una serie de dificultades.

En las terapias psicológicas el elemento esencial es la comunicación eficaz entre los interlocutores. Cuando el paciente es extranjero y no conoce el idioma, es necesaria la presencia de un tercer participante, el intérprete, que funciona de puente para hacer posible que la comunicación fluya, pero que a su vez puede alterar la entrevista entre la víctima y el psicoterapeuta. En teoría, el intérprete debe ser profesional y debe conocer un código deontológico que le oriente a la hora de ejercer su papel. Sin embargo, hemos podido comprobar que la realidad dista mucho de lo que indica la teoría, pues el uso de intérpretes *ad hoc* es una práctica común en este ámbito.

La metodología utilizada para desarrollar este trabajo podría dividirse en cuatro partes. En primer lugar, durante los meses de febrero y marzo llevamos a cabo una recogida de datos para estudiar la violencia de género y la situación de las mujeres inmigrantes víctimas de VG en España, con especial atención al colectivo brasileño. Esta fase nos sirvió para definir el panorama actual y contextualizar el trabajo. Para ello nos servimos

de los datos y estadísticas ofrecidos por las administraciones públicas españolas (ministerios y Observatorio de VG). En segundo lugar, nos centramos en un enfoque desde el punto de vista sanitario, a través de manuales de asistencia al inmigrante y de autores como Toledano Buendía (2012) que han estudiado en profundidad las barreras lingüísticas y culturales a las que se enfrenta este grupo de población. También analizamos la figura del intérprete profesional en los SSPP en contraposición al intérprete *ad hoc* a la hora de proveer asistencia lingüística a los usuarios extranjeros. En la tercera parte, emprendida en el mes de abril, nos centramos en salud mental, el ámbito que realmente nos ocupa. En esta fase llevamos a cabo las entrevistas con las psicólogas de los dos centros de asistencia a mujeres víctimas de VG de Salamanca. Una vez recopilada toda la información necesaria junto con la lectura de los artículos hallados sobre este ámbito, desarrollamos una serie de recomendaciones prácticas para intérpretes y profesionales sanitarios especializados en salud mental. Por último, entre los meses de mayo y junio, pusimos la teoría en práctica mediante la grabación del *role-play* de una consulta psicológica con presencia de intérprete. Esta última fase nos sirvió para sacar algunas conclusiones. Por un lado, nos encontramos ante una falta de formación de los profesionales sanitarios sobre cómo trabajar con intérpretes, mientras que la demanda de estos servicios por parte de usuarios que no hablan nuestro idioma no cesa de aumentar. Por otro, el uso de intérpretes *ad hoc* es una realidad en el ámbito de salud mental, con las consecuencias que esto puede acarrear y que veremos a lo largo del trabajo. La falta de medios hace que no se contraten intérpretes profesionales y que los psicoterapeutas especializados en VG se vean obligados a ejercer su trabajo en presencia de un tercer interlocutor que de buena voluntad intenta hacer de enlace entre dos idiomas o culturas, pero que no conoce los protocolos de actuación ni está formado en interpretación en salud mental.

1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VG). BREVE CONTEXTUALIZACIÓN

1.1. La violencia de género en un contexto nacional e internacional

“Es muy infrecuente que las mujeres sean combatientes en las guerras, pero demasiado a menudo son ellas quienes sufren sus peores consecuencias” (UNFPA 2010²). La violencia de género no es un fenómeno de las sociedades modernas, sino que ha existido a lo largo de toda la historia. No obstante, no ha sido hasta finales del siglo XX cuando esta práctica ha sido considerada por primera vez por las Naciones Unidas como una violación a los derechos humanos. Afortunadamente, durante los últimos años hemos sido testigos de importantes avances al respecto, pues se han introducido políticas de igualdad a nivel nacional y a nivel europeo. Entre ellas, encontramos la Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995, las diferentes iniciativas europeas como la Carta de las Mujeres o el programa Daphne, o la aprobación de una importante legislación a nivel nacional y autonómico en la lucha contra la violencia de género como es la Ley orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Toledano Buendía 2012: 36). Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas aprobó en el año 2010 la entidad de las Naciones Unidas para la igualdad entre los géneros y empoderamiento de las mujeres, conocida como ONU Mujer.

1.2. La violencia de género: un grave problema social

Para definir la violencia de género vamos a utilizar la versión de la ONU de 1995:

² Fondo de Población de las Naciones Unidas. Se trata de un organismo de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. Entre sus objetivos se encuentra velar porque todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.

Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada (Cabrero Aparicio 2013: 303).

Existen algunos mitos que intentan normalizar este tipo de violencia, pero lo cierto es que se trata de un problema social cuyas consecuencias son enormes. De hecho, el número de víctimas mortales en nuestro país entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de enero de 2012 ascendió a 613 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012), una cifra bastante alarmante.

La dificultad de medir su magnitud y su repercusión en la sociedad se debe a diferentes factores. Una de las causas principales es la dificultad de obtener testimonio de las propias víctimas, quienes en la mayoría de los casos no denuncian por miedo a represalias o por falta de información (adónde dirigirse, cómo proceder...). Son también muchos los condicionantes que impiden que las mujeres extranjeras se enfrenten a la situación en la que se encuentran, entre ellos su realidad psicosocial, su situación administrativa o el tipo de proyecto migratorio en el que están inmersas. “The immigrant and refugee battered women are unrepresented population because of the incidents are undocumented. The women believe they have no rights, no way out, and no help” (Polzin 2007 cit. en Toledano Buendía 2012: 35), y por ello, es posible que la realidad sea mucho más cruda de lo que muestran las cifras.

1.3. La violencia de género en cifras

A pesar de lo comentado en el apartado anterior, las estadísticas nacionales recogidas revelan que el número de denuncias ha aumentado en nuestro país en los últimos diez años, lo que podría indicar una evolución en positivo. El aumento más significativo se

presenta a partir de 2004, lo que nos hace pensar que podría estar relacionado con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004. El porcentaje de mujeres que reconocen haber sido víctimas de violencia de género alguna vez en su vida también ha aumentado desde un 6,3% en 2006 a un 10,8% en 2011, según datos de la Secretaría de Estado de Igualdad y el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (Cortés Calvo 2013: 3). Esto puede deberse, entre otras razones, a que las víctimas cuentan con más información y más recursos a su alcance. Un ejemplo claro de recursos disponibles lo encontramos en la aplicación ‘LIBRE’³ para teléfonos móviles que ha desarrollado el Instituto de la Mujer. Además, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad pone a su disposición el teléfono gratuito de información y asesoramiento (016) en cuestiones relacionadas con la violencia de género, que ofrece un servicio de información durante las 24 horas del día, no solo en las lenguas oficiales, sino también en inglés, francés, alemán, árabe, búlgaro, chino, portugués, rumano y ruso. Según los datos más actualizados de este ministerio, el número de denuncias por parte de mujeres mayores de 15 años registradas entre el año 2007 y 2013 son las siguientes:

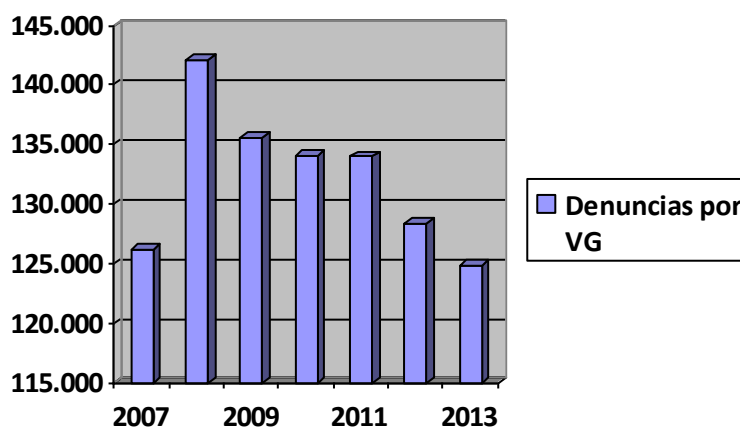


Figura 1. Denuncias por VG en España 2007-2013
(Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

³ Más información acerca de la aplicación disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Sensibilizacion/AplicacionLibres/home.htm>.

Estas cifras nos llevan a plantearnos la siguiente pregunta: ¿A quién afecta la violencia de género? Según el informe de la Población Mundial 2010 de Naciones Unidas, al menos una de cada tres mujeres en el transcurso de su vida ha sido objeto o bien de malos tratos físicos o bien de coerción para entablar relaciones sexuales, o ha sido maltratada de alguna u otra manera. Por tanto, es necesario tener en cuenta que no existe un perfil de mujer maltratada, sino que cualquier mujer puede ser víctima sea cual sea su edad, raza, nacionalidad, clase social, etc.

Si nos centramos en España, es preciso destacar que el porcentaje de mujeres extranjeras que han sufrido VG es mayor en comparación con el de las mujeres nacionales. Se estima en un 20-25% la población femenina que ha sufrido maltrato en algún momento de su vida. Tres cuartas partes de estas víctimas anuales en nuestro país son españolas, pero hay una cuarta parte de origen extranjero, que conforma un grupo mucho más vulnerable. De hecho, la macroencuesta sobre Violencia de Género de 2011 realizada por el CIS en colaboración con el Gobierno alerta de que “la prevalencia de la violencia de género entre las mujeres extranjeras duplica la de las mujeres españolas” y de que “de cada cien mujeres que sufrieron violencia de género en España en el último año, el 85,5% eran españolas y el 14,5% extranjeras” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012). Asimismo, indica que la proporción más elevada de víctimas extranjeras de violencia de género es la de mujeres americanas (en su mayoría iberoamericanas). Para ser más precisos, con respecto al número de denuncias registrado, el Consejo General del Poder Judicial revela que en el tercer trimestre del año 2013 estas ascendían a 33.050, de las que 10.886 (alrededor de un 30%) pertenecían a mujeres extranjeras.

A nivel nacional, existe una estrategia para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016), pero no tiene en cuenta a las víctimas extranjeras. Sin embargo, la

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género sí contempla, como una de las líneas prioritarias de actuación dirigidas a prevenir, erradicar y sancionar la violencia de género, así como a proteger a sus víctimas, la que aborda la situación específica de las mujeres extranjeras. En este sentido, el artículo 17 de esta Ley Orgánica garantiza los derechos en ella reconocidos a todas las mujeres víctimas de violencia de género con independencia de su origen, religión o cualquier otra circunstancia personal o social. Asimismo, el artículo 32.4 establece que:

[...] se considerará de forma especial la situación de las mujeres que, por sus circunstancias personales y sociales puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en esta Ley, tales como las inmigrantes, las que se encuentren en situación de exclusión social o las mujeres con discapacidad” (Ley Orgánica 1/2004 2004: 9).

2. LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO

2.1. La experiencia migratoria y su impacto en la salud del emigrante: ‘El síndrome de Ulises’

El término ‘migración’ esconde diferentes implicaciones. De acuerdo al especialista en salud mental y migraciones Joseba Achotegui, este fenómeno tiene una parte problemática, un lado oscuro, al que denomina estrés o duelo migratorio. Una parte esencial en el duelo migratorio es el desafío de la lengua. A priori se trata de un duelo simple, ya que dadas unas condiciones normales y un contexto facilitador, el inmigrante solo tiene que esforzarse por aprender la nueva lengua. No obstante, nos encontramos con situaciones más difíciles, que supondrían un duelo extremo, por ejemplo cuando el

inmigrante tiene limitaciones propias o se halla en un medio muy hostil, como podría ser el caso de una mujer extranjera víctima de VG.

La fase en la que se lleva a cabo el proceso de adaptación o acomodación de los inmigrantes al nuevo lugar es la más complicada y crítica de todas. En esta etapa inicial, tienen que hacer frente a una serie de cuestiones relacionadas con la subsistencia (alojamiento, trabajo, documentación). Además, hay que tener en cuenta las nuevas condiciones climáticas, el ajuste emocional y la adquisición de los suficientes conocimientos para hacer frente al nuevo contexto social. Al llegar a nuestro país tienen que aprender un nuevo idioma, orientarse en el espacio en el que mueven y entender los códigos, valores y normas de la sociedad española. En este sentido, las barreras lingüísticas y socioculturales son una de las principales causas de aislamiento y falta de integración de la población inmigrante en la comunidad de acogida, y las dificultades para su superación motivo frecuente de estrés, depresión o desórdenes mentales (Achotegui 2005 cit. en Toledano Buendía 2012: 37).

El factor psicológico, de hecho, desempeña un papel clave en los procesos migratorios. Los inmigrantes conforman un colectivo indefenso y vulnerable y, al tener que afrontar tantos cambios a la vez, tienden con frecuencia a sentirse abrumados, inseguros, y adoptan actitudes más infantiles. En su libro *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*, Achotegui (2002) indica que los inmigrantes experimentan el riesgo de sufrir el síndrome del Emigrante con Estrés Crónico y Múltiple, también conocido como ‘síndrome de Ulises’, y que él mismo desarrolló en el año 2002. Las últimas normativas europeas tratan de minar la repercusión de este síndrome y de todos los problemas a los que se enfrentan los inmigrantes, así como de que se respete la igualdad en el seno de esta comunidad y puedan hacer uso de los derechos públicos fundamentales, como la asistencia lingüística.

2.2. La mujer emigrante y los factores de riesgo que la rodean

Para entender el fenómeno migratorio, considero que es necesario que se tenga en cuenta la cuestión del ‘género’, ya que el número de mujeres emigrantes ha crecido notablemente. Es lo que se ha denominado desde los años setenta “feminización de la migración” (Toledano Buendía 2012: 34). Aparte de las desigualdades que, como inmigrantes en nuestro país, las sitúan como colectivo vulnerable, el simple hecho de ser mujer hace que corran un riesgo mayor de sufrir discriminaciones, lo que puede agravar su sentimiento de desprotección y suponer un obstáculo a la hora de afrontar la situación de maltrato en la que se encuentran. Dentro de la problemática específica de las mujeres encontramos altas tasas de analfabetismo, violencia de género, precariedad laboral y alteraciones psicológicas con mayor frecuencia que en el hombre (López Izquierdo et al. 2007: 264).

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), alrededor del 45% de la población inmigrante en España son mujeres, y en el caso de la población iberoamericana, que es la que nos ocupa en este trabajo, el porcentaje es incluso mayor (alrededor del 56%). Este incremento de mujeres que llegan a nuestro país tiene una repercusión enorme en el sistema sanitario, sobre todo en cuanto a salud reproductiva. Esto no incluye solo la asistencia durante el embarazo, sino también elementos sociales que inciden en el comportamiento sexual y reproductivo, como la violencia de género, la educación sexual de la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual, etc. (Casas 2009: 324).

Existen también otras fuentes que corroboran la elevada feminización de este grupo inmigrante en el territorio español. Según datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2010 recogidos en el Instituto Nacional de Estadísticas, el país albergaba

146.941 inmigrantes brasileños hasta esa fecha, siendo 89.469 mujeres (60,9%) y 57.472 hombres (39,1% del total).

2.2.1. Trata de seres humanos con fines de explotación sexual

Uno de los problemas a los que se enfrentan las mujeres inmigrantes y que está estrechamente relacionado con la VG es la trata de seres humanos con fines de explotación sexual.

Según datos de las Naciones Unidas, las dos terceras partes de las víctimas de trata detectadas en Europa son mujeres (alrededor del 79% lo son con fines de explotación sexual). En el caso de España, según los datos facilitados por la Secretaría de Estado de Seguridad, durante los años 2009 y 2010 el perfil de las personas en situación de riesgo de ser víctimas de trata con fines de explotación sexual es el de una mujer de nacionalidad rumana entre 18 y 32 años de edad y una mujer de nacionalidad brasileña de entre 33 y 42 años (Oficina del Defensor del Pueblo de España 2012: 19).

Por otro lado, la OIM advirtió en 2012 de que el tráfico de mujeres en los países de América Latina va en aumento, e identificó la violencia de género como una de las causas primordiales del problema. Además, señaló que los principales destinos de las mujeres capturadas en América Central para redes de trata terminan en Europa (OIM cit. en Defensor del Pueblo de España 2012: 94).

2.2.2. La prostitución

Íntimamente ligado al tráfico de mujeres y a la explotación sexual se encuentra la prostitución, a la que muchas mujeres inmigrantes se ven obligadas a que recurrir por

diferentes motivos. Se trata de la “explotación más antigua del mundo” (Martín Martín 2005: 155), que consiste en la venta de servicios sexuales a cambio de dinero u otro tipo de retribución. La prostitución es un claro ejemplo de desigualdad de género, por lo que regularla supondría legitimar la violencia contra las mujeres. Según datos de la APRAMP⁴ Salamanca recogidos en Martín Martín (2005), aproximadamente el 90% de las mujeres que se ofrecen en la actualidad para la prostitución son mujeres inmigrantes. Estas mujeres, víctimas en muchos casos de violencia ejercida por su pareja, aceptan el ejercicio de la prostitución como una alternativa a sus problemas.

En definitiva, si las mujeres españolas se encuentran con numerosas dificultades para romper con el ciclo de la violencia, en el caso de las mujeres inmigrantes estas dificultades se multiplican. Sus parejas les impiden un desarrollo personal y se ven sometidas a las decisiones que les imponen, siendo objetos de fuertes presiones, en algunos casos a través de la dependencia económica y en otros mediante el chantaje, al residir en nuestro país de manera irregular (Velasco Riego 2005: 254). Muchas de ellas desconocen los derechos que les asisten en nuestro país y carecen del apoyo familiar y social necesario para tomar determinadas decisiones. Como ya hemos comentado previamente, la Ley Orgánica 1/2004 garantiza los derechos de las mujeres inmigrantes víctimas de VG. Sin embargo, esta ley no resultará suficiente si las víctimas la desconocen. Por su parte, el artículo 18 dispone la obligación de que todos los recursos de asistencia a las víctimas de violencia de género ofrezcan una información accesible a todas las mujeres, alegando que:

[...] las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal, a través de los servicios, organismos u oficinas que puedan disponer las Administraciones Públicas (Ley Orgánica 1/2004 2004: 6).

⁴ Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida.

A pesar de ello, Amnistía Internacional (2007) ha podido documentar casos en los que no se garantiza el uso de intérprete en los recursos de asistencia y asesoramiento a las víctimas, y así lo ha expresado en su informe de 2007 sobre mujeres inmigrantes en España.

Dada la importancia de la violencia de género a mujeres extranjeras en España, he decidido que me centraré a lo largo de este trabajo en las víctimas de origen brasileño, una comunidad con unas características muy particulares y con unos derechos que deben respetarse íntegramente, entre los que se encuentra el derecho a la asistencia lingüística.

2.3. La comunidad brasileña en España

En primer lugar, y para comprender la presencia de población brasileña en España, es necesario remontarse a finales del siglo XIX y principios del XX. En esa época, Brasil era un país que recibía flujos migratorios provenientes de España. No obstante, a partir de la década de los 80, la situación se invirtió y Brasil pasó a ser un país emisor de población. Al principio, los emigrantes brasileños se dirigieron principalmente a Estados Unidos, Paraguay y Japón, pero debido a los problemas para obtener visados a comienzos del siglo XXI, el flujo migratorio de la comunidad brasileña se redirigió hacia Europa, siendo España uno de los países más solicitados debido principalmente a dos razones. Por un lado, España siempre ha sido un país con una política de inmigración bastante flexible y, por otro, entre finales de los años 90 y el año 2008, el país vivió un auge económico debido al conocido *boom* inmobiliario, que trajo consigo la creación de empleo en el sector de la construcción y la demanda de mano de obra extranjera.

Sin embargo, es importante señalar que este panorama está cambiando recientemente con la eclosión de Brasil como potencia emergente y que se viene constatando a través del crecimiento económico del país, la evolución favorable del mercado de trabajo y la disminución de la pobreza y de las desigualdades sociales, reduciendo algunos de los *push factors* (Masanet y Padilla 2010 cit. en Masanet 2012: 8). Como sabemos, desde el año 2008 Brasil pertenece al grupo de países denominados como los ‘BRICS’ (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica), puesto que su PIB y su participación en el comercio mundial han aumentado mucho, de manera que se ha convertido en un destino de inversiones. Este cambio en la estructura socioeconómica del país ha contribuido también a transformaciones importantes en su panorama migratorio. Las estadísticas recogidas en el Instituto Nacional de Estadística nos muestran claramente esta evolución:

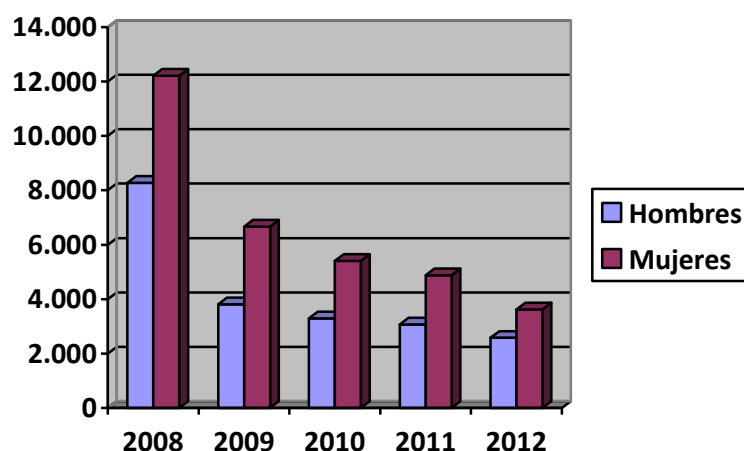


Figura 2. Flujo migratorio procedente de Brasil 2008-2012
(Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas)

2.3.1. La mujer brasileña y su situación laboral en España

En el caso que estamos estudiando, a pesar de la proximidad entre el español y el portugués (variante de Brasil/variante europea), los inmigrantes brasileños tienen que

realizar un gran esfuerzo para aprender nuestro idioma. En cuanto a las mujeres, las dificultades para aprenderlo son mayores debido al tipo de trabajo que ejercen en el mercado laboral español, que se reduce casi exclusivamente al ámbito del servicio doméstico. La inserción laboral de las mujeres brasileñas principalmente en esta esfera de actividad, caracterizada por la escasa sociabilidad e interacción social, no favorece la práctica del idioma, lo que produce una mayor lentitud en su aprendizaje, con las consecuentes dificultades para la vida cotidiana (Masanet Erika 2012: 23). De hecho, Amnistía Internacional considera la falta de alternativas laborales dignas y seguras como una de las trabas más importantes con las que se enfrentan las mujeres inmigrantes que carecen de autorización de trabajo a la hora de superar el ciclo de la violencia de género. Además, cree que “exigir a las mujeres víctimas de violencia de género los mismo requisitos para obtener la autorización de trabajo que al resto de personas inmigrantes supone no reconocer sus especiales dificultades, derivadas del impacto de la violencia en sus vidas” (Amnistía Internacional 2007: 21).

El Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010 del Gobierno español afirma, en el diagnóstico sobre la situación de las mujeres inmigrantes respecto a la autonomía, que:

[...] las posibilidades reales de inserción laboral de las mujeres inmigradas se limitan a sectores y actividades poco reconocidos, muchas veces precarios, y generalmente peor pagados, lo que supone un incremento del riesgo de estas mujeres a encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad a la invisibilidad y a la exclusión [...] (Ministerio de Trabajo e Inmigración 2011: 305).

En relación con el empleo y la formación inicial, este plan establece que se deben incluir diferentes medidas, como por ejemplo la distribución de material informativo adecuado, la oferta de programas de formación a cargo de las autoridades públicas o el reconocimiento de la cualificación profesional de los inmigrantes, teniendo en cuenta a

las mujeres inmigrantes. De hecho, Amnistía Internacional considera que “la dificultad a la hora de encontrar un empleo para las mujeres inmigrantes víctimas de violencia de género impide su completa recuperación” (Amnistía Internacional *id.*).

3. LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

En los últimos años, la traducción y la interpretación en los SSPP está cobrando importancia debido principalmente a la llegada de inmigrantes a nuestro país, pues esto ha servido para que la sociedad se conciencie de la necesidad de aportar soluciones con el fin de mejorar la comunicación con pacientes que no hablan la lengua local y que, en la mayoría de los casos, no conocen ni los servicios que tienen a su disposición ni el funcionamiento del sistema sanitario español. La Ley de Extranjería recoge el derecho a la asistencia sanitaria a todos los extranjeros residentes en España. No obstante, no incluye a aquellos que no tienen un contrato laboral o que no cuentan con un permiso de residencia. Para estos últimos, que se encuentran en situación irregular, solamente se reconoce el derecho de asistencia de urgencia a mujeres embarazadas, menores de edad y a las víctimas de trata.

Las personas que llegan a nuestro país o que llevan tiempo residiendo en él no suelen tener buenos conocimientos de nuestro idioma, pero se ven obligados a enfrentarse a situaciones cotidianas, como por ejemplo acudir al médico. En el caso de no contar con unos conocimientos mínimos, se suelen ver perjudicados en el ejercicio de estos derechos. Normalmente solemos dar por hecho que los inmigrantes, después de vivir unos años en nuestro país, hablan con fluidez el idioma y conocen los servicios que les ofrece el Estado. Sin embargo, la realidad nos muestra que no es así, sino que además del problema lingüístico existente también se enfrentan a la barrea cultural.

La cultura está formada por elementos sobre los cuales los actores sociales construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos (Langdon et al. 2010: 3).

El intérprete en los SSPP es quien tiene que hacer posible la comunicación entre la población inmigrante y los trabajadores de estos servicios (entrevista triangular), teniendo en cuenta tanto las diferencias lingüísticas como las culturales. Su papel principal es servir de enlace para que la comunicación fluya cuando hay barreras que sin su presencia no se podrían franquear. El profesional de la interpretación debe contar con un conocimiento completo de ambas lenguas y con habilidades comunicativas; por ejemplo, tiene que ser capaz de percibir los distintos registros del habla. Además, también debe conocer la cultura de ambos interlocutores. Es decir, la situación ideal en los SSPP sería un intérprete bilingüe y bicultural.

La creciente movilidad de población ha tenido consecuencias visibles a la hora de entender el papel del intérprete en los SSPP como mediador interlingüístico/intercultural y, actualmente, nos encontramos con posturas discordantes para definir su papel como tal. A priori, como ya hemos comentado, su función principal en los SSPP es servir de vehículo para la comunicación evitando, siempre que pueda, interferir en ella. Pero lo cierto es que las nuevas realidades sociales con las que nos encontramos requieren nuevos perfiles, por lo que la profesión debe adaptarse también. El hecho de trabajar con dos personas de diferentes países ya implica tener que mediar entre dos culturas distintas. Por ello, debe ser flexible para adaptarse a la situación en la que se encuentra. Al parecer, en muchos casos desempeña un papel que va más allá de servir de puente para que la comunicación fluya, y esto es lo que hace que se usen de manera equívoca los términos ‘intérprete’ y ‘mediador intercultural’. La pregunta que subyace de todo esto es: ¿Dónde está la línea divisoria entre ambos profesionales?

3.1. El intérprete profesional en el ámbito sanitario

Si nos centramos en el ámbito sanitario, vemos que el intérprete puede desempeñar diferentes papeles: conducto, clarificador, mediador cultural y defensor (Casas 2009: 249); no obstante, es necesario señalar que estos papeles pueden variar de unos especialistas a otros. En su ‘rol’ como conducto, el intérprete sirve de puente para acabar con las barreras relacionadas con el idioma. Para ello, debe traducir el idioma de una manera completa y fiel, sin adaptarlo. En la función de clarificador, procura eliminar barreras de comunicación relacionadas con el registro o la complejidad del lenguaje y con el nivel de conocimiento que el paciente tiene del sistema sanitario. El ‘rol’ de mediador tiene como fin proporcionar explicaciones y marcos de referencia culturales necesarios para que ambas partes puedan comprender la totalidad del mensaje expresado. Por último, en algunos países el mediador desempeña también un papel de defensor. Como tal, procura ayudar y respaldar al paciente, por ejemplo ante la complejidad del sistema sanitario cuando esto obstaculiza el acceso a los servicios que son imprescindibles para mejorar su salud y bienestar. No es muy común que el intérprete adopte este último papel, sino que se reserva para cuestiones de gran sensibilidad o para situaciones de conflicto, en las que se ve obligado a tomar una postura y a ponerse del lado del paciente o de la institución. Es en estas situaciones en las que el intérprete corre el riesgo de implicarse emocionalmente. Como consecuencia de los lazos que establezca el intérprete/mediador con una u otra parte, el triángulo puede cambiar y dificultar la relación entre las partes. Si desarrolla un vínculo demasiado fuerte con el paciente, anula el espacio necesario para que el profesional pueda entrar. Por el contrario, si rechaza al paciente en favor del profesional sanitario, se pierde la utilidad de la mediación (Casas 2009: 241).

Para desempeñar su papel, el intérprete debe guiarse por un código deontológico, es decir, una serie de pautas que le ayudan a realizar su trabajo de la forma más ética posible por el bien propio, de los usuarios y de la propia profesión. Los pilares de todo código deontológico de interpretación en los SSPP son los siguientes:

- Con respecto al usuario
 - Imparcialidad/Neutralidad
 - Fidelidad
 - Confidencialidad
- Con respecto a la profesión
 - Solidaridad
 - Definición de su papel
 - Condiciones laborales adecuadas
 - Honorarios
- Con respecto a sí mismo
 - Formación profesional continua
 - Ofrecer garantía de calidad
 - Puntualidad y vestimenta
 - Honradez profesional

En teoría, todos los intérpretes profesionales deben respetar un código deontológico, pero en un contexto sanitario hay flexibilidad, pues suelen aparecer muchos dilemas éticos. El intérprete puede intervenir con voz propia cuando sea necesario, por lo que tiene mayor responsabilidad por lo que está en juego.

3.2. El intérprete ad hoc: riesgos y consecuencias

En el caso de España, el porcentaje de extranjeros que acude a los centros públicos es bastante alto. El colectivo brasileño, a diferencia de otros grupos inmigrantes como los magrebíes, suele recurrir con mucha frecuencia a los centros de salud y a las consultas médicas, y no utiliza tanto los métodos tradicionales caseros. Como consecuencia, nos encontramos con una necesidad creciente de interpretación en diferentes ámbitos: ginecología, pediatría, salud mental.... En aquellas provincias españolas donde hay Oficinas de Extranjería, el Gobierno suele proveer los medios necesarios para facilitar la comunicación a través de personal contratado para los idiomas más habituales (inglés, francés árabe) o en muchas ocasiones recurre al servicio de las ONG y a los voluntarios. Cuando estos servicios no se facilitan, las propias mujeres inmigrantes suelen recurrir a intermediarios, ya sean amigos, parientes o incluso hijos, que normalmente dominan la lengua mejor que ellas.

Por lo general, se suele confundir el hecho de saber idiomas con tener las competencias necesarias para interpretar y, por ello, se contrata en muchas ocasiones a personal no cualificado. Estos intermediarios que ejercen de intérpretes reciben el nombre de intérpretes *ad hoc* y, en la mayoría de los casos, no cuentan con experiencia ni con formación, lo que conlleva una ausencia de garantías en el proceso de interpretación y situaciones en las que la comunicación es inapropiada, inexacta e ineficaz. En los últimos años se han registrado incluso casos de niños que interpretaban para sus padres (Cohen et al. 1999), una práctica que según los profesionales de la traducción y la interpretación no se debería llevar a cabo bajo ninguna circunstancia, pues puede tener repercusiones muy graves. Además, no podemos olvidar que estamos abordando la asistencia lingüística en casos de VG, un ámbito especialmente delicado. Las

consecuencias de no contar con un intérprete o mediador profesional son numerosas y visibles. Esto nos lleva directamente a plantearnos diferentes preguntas: ¿Los intérpretes *ad hoc* que se utilizan tienen algún tipo de formación? ¿Conocen los códigos deontológicos o se guían simplemente por el sentido común? ¿De qué manera afecta esto al trabajo del proveedor de servicios?

Los intérpretes *ad hoc* suelen tener problemas para entender dialectos diferentes a los suyos, para manejar la terminología y para adaptarse a la situación, pues no están familiarizados con dicha práctica y esto puede hacer que terminen poniéndose del lado de una de las partes. Asimismo, tienen dificultades para decidir entre el uso de la 1ª o la 3ª persona a la hora de interpretar ('él/ella dice que...'), confunden el uso de *tú* y *usted* y omiten aquella información que no comprenden. Tampoco saben que en ocasiones se requieren aclaraciones explicativas, sobre todo de algunos aspectos culturales. Además, hay más posibilidades de que el intérprete *ad hoc* se deje llevar por ciertos condicionamientos externos (empatía, compasión, familiaridad, tristeza...) y que deje de ser objetivo y tienda a añadir u omitir información. En definitiva, existe una carencia importante de técnicas de interpretación y de deontología profesional.

La situación ideal de los SSPP es que todos los centros sanitarios (hospitales, clínicas, centros psiquiátricos, etc.) contasen con un servicio de intérpretes (presenciales o no), pero todos conocemos las limitaciones presupuestarias de nuestro sistema sanitario en la actualidad. Una de las recomendaciones de Amnistía Internacional al Gobierno español es que se garantice la existencia de intérpretes suficientes, de calidad y con especialización en violencia de género en todos los centros y recursos de asistencia integral, incluidos los servicios de tratamiento psicológico (Amnistía Internacional 2007: 49). Es imprescindible que el Gobierno intente llevar a cabo mejoras en la prestación del servicio lingüístico, y esto lo puede hacer desde diferentes enfoques. Por ejemplo, el

servicio telefónico de intérpretes es un medio menos costoso que ya ha cosechado grandes éxitos en países más avanzados que el nuestro (Australia, Canadá o Suecia). Otra opción es disponer de material informativo para los extranjeros redactado en su propia lengua en todos los centros.

3.3. Los profesionales sanitarios

Con respecto al personal sanitario, encontramos que existe un gran desconocimiento de la figura del intérprete y del mediador. En ocasiones el intérprete es concebido como una mera herramienta y no como un profesional y esto hace que se le asignen otras tareas diferentes a la de interpretar (trámites, papeleo...), que se le pida que no interprete algunas partes de la conversación e incluso que se le interrumpa en mitad de su prestación. Además, el uso extendido de intérpretes *ad hoc* contribuye a que estos proveedores de servicios se forjen una idea errónea de la figura del intérprete profesional, lo que dificulta aún más la comunicación con el paciente. Por ello, existe la necesidad de formar a todo el personal de los SSPP (asistentes sociales, médicos, enfermeros, psicólogos...) para que sepan trabajar con intérpretes en las consultas médicas. Trabajar con un intérprete profesional de los servicios de salud conllevaría la garantía del respeto de los principios éticos y deontológicos de dicha profesión y, por tanto, la garantía de confidencialidad, imparcialidad, exactitud y la posibilidad de intercambios directos satisfactorios para ambas partes (García Bayaert et al. 2009: 61). Pero no solamente deben conocer el papel del intérprete, sino que es esencial también que muestren buena disposición para aprender los sistemas de valores y la manera de comportarse del paciente. Por ello, deben adquirir competencias interculturales y aprender sus peculiaridades para poder lidiar con la cultura del paciente con el que están

tratando y para poder detectar y manejar el problema con adecuación. Como dijo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 al dirigirse a los profesionales sanitarios:

No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte (Sánchez-Guillén 2013: 245).

Por otro lado, es importante que en el momento de solicitar un intérprete, identifiquen bien la lengua con la que se necesita trabajar, ya que muchas veces los diferentes acentos o dialectos (portugués europeo/portugués de Brasil) suponen un problema añadido a la comunicación.

3.4. Proyecto SOS-VICS

En este apartado me gustaría concederle unas líneas al proyecto piloto SOS-VICS⁵, cofinanciado por la Dirección General de Justicia de la Comisión Europea y desarrollado por nueve universidades españolas durante el periodo 2012-2014, entre ellas la Universidad de Salamanca. El objetivo de este proyecto es doble. Por un lado, pretende crear recursos de formación para intérpretes en el ámbito específico que nos ocupa: la violencia de género. Por otro, contribuir a la concienciación y sensibilización de todas las partes implicadas sobre la necesidad de contar con profesionales en las interacciones mediadas con intérprete. Para ello, se encargará de crear una serie de material (un portal web, información multilingüe para las víctimas, un manual de buenas prácticas para agentes...) para todas las partes implicadas (las víctimas, los

⁵ Más información disponible en: <http://cuautla.uvigo.es/sos-vics/>.

agentes, los propios intérpretes y las instituciones). Además, los métodos utilizados en este proyecto podrían transferirse a otros países de Europa, lo que supondría expandir la estrategia conjunta de lucha contra la VG. Como ya he comentado en la introducción, este proyecto me inspiró para grabar un *role-play* que contribuirá al material didáctico disponible próximamente en una plataforma web para la formación de intérpretes en el ámbito de la VG.

4. ATENCIÓN SANITARIA A VÍCTIMAS BRASILEÑAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

4.1. El colectivo brasileño en un contexto sanitario

Los conocimientos y percepciones usados para definir y explicar el concepto de enfermedad varían de unas culturas a otras. La comunidad brasileña conforma un colectivo poco estudiado en este ámbito, por lo que a través de un proceso de documentación he querido recopilar toda la información posible para conocer, un poco más a fondo, las peculiaridades de este grupo y su comportamiento a la hora de hacer uso del sistema sanitario español. Por ejemplo, el quebranto (estado de debilidad) y el mal de ojo son consideradas enfermedades (Lagndon et al. 2010: 7) por algunos grupos de origen brasileño, pero no son tratadas por los médicos como tales.

La desigualdad en salud que afecta de manera global a la población inmigrante en España se acentúa más en las mujeres que en los hombres. El acceso equitativo al sistema sanitario para todos debe ser una de las prioridades de nuestras autoridades. No obstante, tratar en condiciones de igualdad no significa tratar a todo el mundo igual. Por ello, hay que tener en cuenta los aspectos diferenciadores de cada comunidad de

inmigrantes. Como ya hemos indicado previamente, cabe la posibilidad de que la mujer inmigrante tenga una concepción de la salud, de la enfermedad y del sistema sanitario diferente a la nuestra, pues las nociones y comportamientos asociados a los procesos de salud y enfermedad están integrados en la cultura de los grupos sociales en los que estos procesos ocurren (Lagndon et al. 2010: 1). Por ejemplo, en la mayor parte de países latinoamericanos no cuentan con la figura del médico de atención primaria y allí se suele acceder directamente al especialista (Barbero Gutiérrez 2009: 48).

4.2. Barreras en la atención sanitaria

Las mujeres brasileñas en España se enfrentan a diferentes barreras cuando necesitan asistencia sanitaria. En cuanto a las trabas al acceso, hay algunas que dependen de los trabajadores sanitarios y de las instituciones, pero también hay otras que dependen de las propias mujeres. No hay que olvidar los procesos de reconocimiento de la propia condición de víctimas y de la búsqueda de atención, pues en muchas ocasiones están muy delimitados por las cuestiones culturales y las creencias religiosas. Por ejemplo, en algunas culturas la mujer no puede tomar la decisión autónoma de la búsqueda de atención sanitaria. Por otro lado, es preciso tener en cuenta el hecho de que muchas inmigrantes no se han enfrentado nunca a un sistema de salud estructurado.

Todos estos factores que hemos comentado son muy importantes a la hora de establecer una entrevista clínica mediada con intérprete. A continuación, vamos a desarrollar más en detalle los principales problemas a los que se enfrenta la mujer inmigrante, con especial interés en la comunidad brasileña, y que repercuten también en el modus operandi de los proveedores de servicios.

4.2.1. Problemas lingüísticos

El desconocimiento del idioma, o un uso diferente del mismo, es el primer obstáculo con el que se encuentran las mujeres inmigrantes. A priori, el español y el portugués son dos idiomas bastante similares en cuanto a procedencia, vocabulario y estructuras sintácticas, pero su interpretación no está exenta de problemas y, como en todos los idiomas, hay dialectos, falsos amigos y términos que conviene tener en cuenta. Esto podemos verlo más claro en el *role-play* que adjuntamos al trabajo, pues aparecen pequeñas diferencias entre la variante de Brasil que utiliza la víctima y la variante europea que emplea la intérprete profesional. Como consecuencia, puede haber dificultades a la hora de delimitar el motivo de la consulta o de exponer un diagnóstico, así como imprecisiones, pérdida de matices importantes y desconfianza de ambas partes. Por otro lado, es necesario recalcar la importancia del lenguaje no verbal, es decir, los gestos, la posición del cuerpo, el contacto visual y el contacto físico, que dependen sobre todo de la cultura. Existen diferencias a la hora de expresar algunas emociones y sentimientos. Por ejemplo, la mímica y la gesticulación son muy exageradas en los países de América Latina, mientras que son muy infrecuentes en los asiáticos. Por tanto, en algunas culturas como las de los países de América Latina,

[...] las acciones, el lenguaje corporal y las señales contextuales hablan con más fuerza que las palabras. El significado no se deriva de la comprensión literal de las palabras, sino de una interpretación del mensaje global (Casas 2009: 235).

4.2.2. Interferencias culturales

El entorno y la herencia cultural que rodean a la mujer inmigrante interfieren en la entrevista clínica. Las creencias y valores, la interpretación y expresión de los síntomas,

o las implicaciones sociales son diferentes para cada uno dependiendo de la cultura a la que pertenecen. Los pacientes extranjeros pueden tener un concepto de las enfermedades o de los procesos biológicos que en ocasiones sobrepase la racionalidad biomédica. Por ejemplo, en el caso de la alimentación, la mayoría de los brasileños tiene que comer la comida más fuerte del día al medio día, para digerirlo bien y quedar “bien alimentado para el trabajo” hasta el final de la tarde (Lagndon et al. 2010: 4). Suelen decir que comer mucho por la noche es malo para el estómago. En este sentido, es la cultura quien define los patrones sociales sobre lo qué y cuándo comer.

En cuanto a las cuestiones relativas a los hábitos de salud, rituales, técnicas de atención y cuidado, o las restricciones sobre el uso de terapias (trasfusiones de sangre, trasplantes de órganos, aborto...) que rodean a la mujer inmigrante, nos encontramos con que están mediadas por sistemas culturales distantes a los patrones culturales sobre los que se ha construido el sistema biomédico español y sobre el que se ha formado a los profesionales sanitarios. La brasileña se considera una sociedad compleja, ya que además de estar estratificada en clases sociales, está compuesta de muchos grupos étnicos. Se tratan de segmentos poblacionales de las más diversas confesiones religiosas y costumbres regionales particulares, que hacen que encontremos diferencias internas. Es cierto que comparten aspectos culturales generales de lo que se conoce como ‘cultura brasileña’, pero tienen diferentes visiones del mundo y perciben la realidad de manera peculiar. La cuestión de la salud y de la enfermedad, por supuesto, está contenida en esta visión del mundo y praxis social: “A multicultural society contains a richness and diversity of languages, cultures and beliefs or views about psychological well-being and mental health” (Patel 2000 cit. en Tribe & Morrissey 2004: 130).

Aparte de las diferentes interpretaciones de los conceptos de salud y enfermedad para cada etnia, cada cultura también posee su propio sistema de salud. Lo más habitual es

que el paciente inmigrante utilice medicinas tradicionales, por lo que el profesional sanitario debe contemplar el uso de estas de forma paralela con nuestros medicamentos occidentales. En el caso de Brasil, el sistema médico estatal es el biomédico, que ofrece servicios de salud a través del Sistema Único de Salud (SUS). No obstante, cabe resaltar que en una sociedad compleja como la suya, existen varios sistemas de atención sanitaria que operan a la vez y que representan a grupos culturales diferentes. Por último, es muy importante que se tengan en cuenta todos estos factores sociales y culturales a la hora analizar una la consulta médica, sobre todo con mujeres víctimas de VG.

4.2.3. *Interferencias emocionales*

Partimos de la base de que la mujer inmigrante víctima de VG se encuentra en situación de extrema vulnerabilidad. Por ello, en la entrevista entre el profesional sanitario y la víctima, tanto el intérprete como el propio profesional de la salud tienen que aplicar una serie de habilidades: calidez, respeto, concreción, asertividad, etc., pues cabe la posibilidad de que la víctima se derrumbe, se bloquee y tenga dificultades para hablar de su situación. En primer lugar, deben aproximarse a ella de manera afectiva y el primer paso es el contacto visual inicial. Para conseguir que recupere la confianza en todos los sentidos, es necesario que vea que entienden sus problemas y que quieren ayudarla. De hecho, fomentar la tranquilidad y la confianza de la víctima es otra de las tareas con las que se encuentra el intérprete en casos como este en el que ha experimentado una atrocidad. Por último, es esencial que muestren una cierta empatía para poder comprender bien su vivencia, aunque aquí podemos encontrarnos con un dilema ético: ¿hasta qué punto conviene implicarse emocionalmente con el paciente o la situación?

5. ASISTENCIA LINGÜÍSTICA A VÍCTIMAS BRASILEÑAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN CONTEXTO DE SALUD MENTAL

5.1. Consecuencias psicológicas de la violencia de género

Cuando hablamos de violencia contra las mujeres, muchas veces pensamos solamente en la física y nos olvidamos de la psicológica, a la que la mujer también se ve expuesta con frecuencia y que tiene graves repercusiones para su salud mental. Se estima que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves (Llorente 2001 cit. en Fernández-Velasco 2005: 36). En este trabajo nos centramos en el contexto de evaluación clínico del paciente, en el que este colabora con el terapeuta y ofrece información veraz. En muchas ocasiones, las mujeres maltratadas no presentan ningún rasgo psicológico especial ni trastornos patológicos, pero aun así se recomienda el apoyo psicológico, ya que en la mayoría de los casos, la situación de maltrato les produce daños similares a los que sufren las víctimas de cualquier situación traumática. El apoyo y tratamiento psicológico a mujeres víctimas de VG se trata de un proceso largo que, en muchas ocasiones, no obtiene una respuesta satisfactoria. Cuando la víctima acude al Servicio de Atención a las Víctimas o a algún recurso similar, normalmente va asesorada por otra organización, como una ONG o Cruz Roja, y lo que necesita es apoyo psicológico para enfrentar la situación en la que se halla y borrar las secuelas psicológicas. De entre los síntomas más frecuentes con los que se encuentran los psicólogos percibimos:

- indicios depresivos y ansiosos
- trastornos psicosomáticos
- alteraciones sexuales

- indefensión aprendida
- aislamiento social
- dependencia emocional del agresor
- trastorno por estrés postraumático (TEP)

Se debe recordar que este último síntoma lo desarrollan entre un 45% y un 84% de las víctimas de violencia de género (Levendosky y Graham-Bermann 2001 cit. en Fernández-Velasco 2005: 38). A lo largo de los últimos años se han desarrollado programas generales para mejorar la autoestima de las víctimas y ayudarlas a afrontar la situación de maltrato, así como a recuperar el control de sus vidas. No obstante, es necesario que se disponga de un programa de intervención flexible que se adapte a las necesidades de cada caso. Si el apoyo psicológico es adecuado y está especializado en VG, veremos los siguientes efectos en la mujer (Pozo Pérez et al. 2008: 52):

- Se sentirá cómoda y segura en la sesión
- Se sentirá escuchada y comprendida
- Será tomada en cuenta en sus necesidades y sentimientos
- Percibirá retroalimentación por parte de la terapeuta
- Le ofrecerá un sistema de protección en caso de riesgo
- No recibirá un trato paternalista, sino igualitario
- Le ayudará a ver que ella no es culpable del maltrato
- Le ayudará a encontrar estrategias para salir de la situación
- Le ayudará a reconocer los puntos fuertes que hay en ella

5.2. Las terapias psicológicas con intérprete

A la hora de analizar una consulta terapéutica con presencia de intérprete, vemos que los principales aspectos que hay tener en cuenta son:

- la forma en la que la dinámica de la relación se ve afectada
- los códigos éticos
- la formación y profesionalización
- la distribución de los participantes en la consulta
- los desequilibrios de poder
- la cuestión cultural

En nuestro estudio, hemos querido centrarnos en la asistencia a las víctimas brasileñas de VG en salud mental. La interpretación en este contexto es una práctica que puede perturbar la dinámica de la relación terapéutica entre el paciente y el profesional de salud mental, pudiendo incluso dar lugar a una alteración en el diagnóstico y el tratamiento. Además, el lenguaje en este caso presenta una dificultad añadida para el intérprete, no solo por el significado, sino también por la forma (Escudero Bregante 2014: 120).

La palabra es un elemento clave en salud mental, puesto que tanto en psicología como en psiquiatría es un elemento imprescindible para el diagnóstico y el tratamiento. Se trata de una herramienta terapéutica, pues es a través de ella como se comunican los profesionales con los pacientes, por lo que la importancia del componente lingüístico es máxima. Por esta razón, es imprescindible que la víctima se exprese en su lengua materna, pues si lo hace en su segunda lengua puede que experimente algunas dificultades y que se pierdan matices importantes. Al expresarse en su lengua materna,

en este caso el portugués, es necesario contar con un intérprete (profesional y a ser posible con formación en salud mental) para garantizar la comunicación. Como nos indica Hoffman (1998) en uno de sus libros: “languages are not interchangeable. Words in one language might not exist in another” (Hoffman 1998 cit. en Tribe & Morrissey 2004: 130). Las lenguas son dinámicas y están en continuo cambio, por lo que, como ya hemos señalado, trabajar con intérprete no está exento de problemas.

El intérprete se enfrenta a tareas difíciles como mantener la forma del mensaje, aspectos como la entonación, el énfasis, la variación en patrones discursivos, omisiones, condensaciones, coherencia de la respuesta y estado de ánimo, nivel de comprensión, ritmo de discurso, silencio, tiempo de espera de la respuesta, uso de jerga, palabras poco frecuentes, tangencialidad, pensamiento abstracto, etc. (Morton 2003 cit. en Escudero Bregante 2014: 125). Asimismo, muy ligada al papel del intérprete y la ética está la cuestión de la neutralidad, que se ha debatido mucho en un contexto tan concreto como el de salud mental, pues como argumenta Stansfield (1981), el intérprete no puede llegar nunca a ser totalmente neutral y se convierte en parte del proceso:

The interpreter cannot totally remove himself from this interchange. No matter how skilled the interpreter is, or how objective or impartial he may be, internally at least, the interpreter will be responding as well as interpreting. The interpreter, after all, is human, and experiences the same feelings, conflicts and counter-transferences that the therapist does in the therapeutic relationship (Stansfield 1981 cit. en Escudero Bregante 2014: 123).

Por otro lado, el dilema de si el traductor debe solamente traducir las palabras de manera literal o bien ejercer la labor de interpretar las variables culturales y contextuales que pueden ser relevantes en la consulta terapéutica es mayor en el contexto de salud mental, sobre todo cuando el profesional sanitario cuenta con un trasfondo cultural diferente al de la víctima: “Issues of control and accountability

between the mental health worker, interpreter and client can be exacerbated when language and culture are not shared” (Patel 2003 cit. en Tribe & Morrissey 2004: 130). Además, no hay que olvidar que las disciplinas modernas de psicología y psiquiatría se han desarrollado principalmente en contextos ‘occidentales’, es decir en EE.UU. y Europa.

En el apartado 3.1. del presente trabajo, se explican los diferentes papeles que puede adoptar el intérprete: conducto, clarificador, mediador cultural y defensor. Ahora bien, estos ‘roles’ pueden variar ligeramente dependiendo de cada autor. Al tratarse de un ámbito en el que las investigaciones no son muy exhaustivas, ha sido complicado encontrar diferentes autores que describan específicamente el papel del intérprete en el ámbito de salud mental. La mayoría de los consultados basan sus reflexiones en los estudios de las psicólogas Rachel Tribe (Universidad de East London) y Jean Morrissey (Counselling & Psychotherapy, Dublin). Por tanto, me gustaría centrarme en dos modalidades de interpretación que nos proponen estas dos especialistas y que sirven para describir el papel del intérprete en el ámbito de salud mental:

1. The psychotherapeutic or constructionist mode, where the meaning/feeling of the words is most important, and the interpreter is primarily concerned with the meaning to be conveyed rather than word-for-word interpretation (Tribe & Morrissey *ibíd.*: 131).

Esta modalidad se da principalmente en un contexto de psicoterapia en el que el significado de los sentimientos y las palabras es esencial, y donde el intérprete se centra en trasladar ese trasfondo y no solo la forma puramente lingüística de las palabras. Por tanto, el intérprete tiene más flexibilidad a la hora de ejercer su trabajo, pero esto también supone mayor responsabilidad, experiencia, formación y confianza entre el paciente, el profesional sanitario y el propio intérprete.

2. Cultural broker/bicultural worker, where the interpreter interprets not only the spoken word but also relevant cultural and contextual variables (Tribe 1998 cit. en *id.*).

Esta segunda modalidad supone interpretar no solo las palabras, sino ir más allá y transmitir también las variables culturales y contextuales. Es muy útil en el contexto de salud mental y psicología, y se basa en entender los sentimientos del paciente para poder comprender su entorno cultural. No obstante, requiere mucha confianza, comunicación abierta y responsabilidad compartida entre el paciente, el intérprete y el psicoterapeuta. En los casos en los que el intérprete cuenta con experiencia en salud mental y el profesional sanitario ya ha trabajado previamente con intérprete y se siente cómodo con ello, la consulta tiene resultados muy positivos.

En cuanto a las técnicas de interpretación empleadas, en el ámbito de la interpretación médica, la interpretación consecutiva es la que se usa con mayor frecuencia. En el caso de la simultánea, se recomienda su uso en la modalidad de *chuchotage*, sobre todo en encuentros relacionados con problemas graves de salud mental, en los cuales el estado emocional y psicológico, así como las expresiones de estados anímicos hacen difícil que el paciente frene y detenga su tren de pensamiento para que el intérprete realice la traducción consecutivamente (Casas 2009: 251).

Uno de los aspectos que debemos tener en cuenta relacionado con una consulta de asistencia psicológica con intérprete es el tiempo, pues lo más seguro es que la consulta se extienda entre 20 y 30 minutos más de lo que duraría una sin interpretación. Además, será mucho más directiva y concreta. Para que la comunicación fluya y se garantice una buena práctica sanitaria, es imprescindible que los profesionales sanitarios y los intérpretes trabajen mano a mano. Se ha constatado que algunos psicoterapeutas se sienten nerviosos al tener al intérprete presente en la consulta. Esto nos lleva a

determinar que hay una falta de formación en los profesionales de la salud mental, pues en la mayoría de los casos no han trabajado nunca con intérprete o no saben cómo hacerlo.

5.3. Recomendaciones prácticas para los psicoterapeutas

Al igual que existen en nuestro país protocolos de actuación sanitaria ante la violencia de género⁶, deberían existir también directrices normalizadas⁷ que aconsejen a los psicólogos sobre cómo ejercer su trabajo en presencia de un intérprete. Por ello, me gustaría presentar algunos de los principales elementos de consenso que deben tener en cuenta los psicoterapeutas y que he extraído durante el proceso de documentación:

- Hablar al paciente y no a al intérprete, e intentar mantener el contacto visual con él en todo momento para poder visualizar la comunicación no verbal.
- Utilizar la primera persona ‘yo’ y la segunda ‘tú’ al dirigirse al paciente, con el fin de facilitar la comprensión entre ambos.
- Intentar evitar el lenguaje técnico, las metáforas y los acrónimos.
- Usar de frases cortas y de sintaxis simple.
- Realizar pausas después de una o dos frases para permitir que el intérprete recupere el mensaje.
- Preguntar al paciente si está entendiendo lo que se le explica y si necesita alguna aclaración adicional.

⁶ Cf. Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Poder Judicial. Disponible en: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Guias_y_Protocolos_de_actuacion

⁷ A nivel internacional hemos hallado directrices normalizadas en Australia. La unidad de psiquiatría *Victorian Transcultural Mental Health* de Australia actualizó en el año 2006 una guía para trabajar de manera eficaz con intérpretes en el ámbito de salud mental. Disponible en: http://www.vtmh.org.au/docs/interpreter/vtpu_guidelinesbooklet.pdf. Otro ejemplo son *Queens Health Interpreter Service* de 2007, disponible en: http://www.health.qld.gov.au/multicultural/interpreters/guidelines_int.pdf y *Australian Psychological Society (APS)*, disponible en: http://www.vtmh.org.au/docs/interpreter/vtpu_guidelinesbooklet.pdf.

- Hacer aclaraciones al intérprete cuando este lo precise.
- Tener en cuenta que el intérprete puede experimentar consecuencias psicosociales al tratar con víctimas de VG, refugiados, supervivientes de guerras, etc.
- Asegurarse de que el intérprete es profesional y conoce la lengua y la cultura del paciente.

En cuanto al procedimiento que debe seguirse en una consulta psicológica, Rachel Tribe aconseja establecer tres fases: antes de la consulta, durante la consulta y después de la consulta.

1. Antes de la consulta:

- Se aconseja que el psicoterapeuta considere las implicaciones de trabajar con un intérprete, ya que se encuentra en una situación de dependencia con respecto a él.
- Es necesario establecer cuál es la lengua materna del paciente y buscar un intérprete que hable esa lengua y, a poder ser, el mismo dialecto, pues en el contexto de salud mental el significado exacto y las intenciones del paciente deben transmitirse con la mayor precisión.
- En casos más delicados como la VG, es preferible elegir un intérprete que coincida en género, edad y religión con la víctima.
- En caso de que sea una terapia prolongada y se vayan a llevar a cabo una serie de consultas, es muy aconsejable utilizar el mismo intérprete.
- La agencia o servicio que seleccione al intérprete deberá comprobar que ya cuenta con experiencia trabajando en el ámbito de salud mental o, en su defecto, que se siente cómodo trabajando en esta área.
- Es conveniente que la agencia proporcione cursos de formación al intérprete

en el ámbito de salud mental. Esto podría servir también para que los trabajadores sanitarios profundizaran sus conocimientos acerca de la labor del intérprete.

- Es preciso programar sesiones más largas y dejar 10-15 minutos antes y después de la consulta para que el psicólogo le explique al intérprete el procedimiento a seguir, así como posibles aclaraciones terminológicas.
- Es importante que el psicólogo facilite la labor al intérprete en la medida de lo posible.
- Algunas agencias recomiendan que se disponga de un diccionario con términos relacionados con la psicología para que el intérprete lo pueda consultar en caso de que sea necesario.
- Hay que ser consciente de las diferencias gramaticales y estructurales de cada lengua, por lo que es normal que el tiempo que emplee el profesional en una lengua no sea el mismo que el que use el intérprete en otra.
- Se aconseja tener en cuenta la comunicación no verbal, que puede variar según cultura.
- Es necesario establecer la organización de la sala y la posición de las sillas antes de que la consulta empiece. Normalmente, una estructura en triángulo suele funcionar bien, pero en estos casos de vulnerabilidad y desprotección del paciente el intérprete suele colocarse a su lado.

2. Durante la consulta:

- Es preciso explicarle al paciente la labor del intérprete, pues puede sentirse incómodo o avergonzado por su presencia, así como aclararle que toda la información de la consulta es confidencial.

- Es importante que haya una atmósfera adecuada para que tanto el intérprete como el paciente se sientan cómodos a la hora de pedir aclaraciones.
- El profesional de salud mental empleará frases relativamente cortas para facilitar el trabajo del intérprete. Este tiene que recordar todo lo que se ha dicho, traducirlo, y transmitírselo a la otra persona. Si el psicoterapeuta habla durante mucho rato, el intérprete tendrá dificultades para recuperar toda la información; por el contrario, si emite frases muy cortas, el discurso se fragmentará y perderá el sentido. A medida que transcurre la consulta, se irá estableciendo un ritmo más cómodo y natural para todos.
- El psicólogo evitará usar lenguaje técnico complicado, así como proverbios, dichos y expresiones coloquiales.
- El profesional y el intérprete no deben mantener conversaciones que dejen al paciente aislado, pues para ello se programan los minutos previos y posteriores a la terapia. En el caso de que esto se produzca, el intérprete deberá explicarle al paciente de qué están hablando.

3. Después de la consulta:

- Planificar 10 minutos para que el psicoterapeuta y el intérprete puedan hablar de las dificultades que se han producido, de la calidad de la comunicación, de las posibles mejoras de cara a futuros encuentros, etc.

6. PROYECTO PILOTO: ‘ADAVAS’ y ‘Plaza Mayor’

En las próximas páginas vamos a describir el proyecto piloto que hemos llevado a cabo en las dos asociaciones principales de Salamanca que se dedican a la asistencia a la

mujer en casos de VG: ADAVAS y Plaza Mayor⁸. El objetivo de nuestra pequeña investigación era acercarnos un poco más a la realidad y analizar si dista mucho de la situación ideal. Además, queríamos que fueran dos profesionales en el campo quienes nos ratificasen que el modelo de entrevista terapéutica que hemos elaborado de cara al *role-play* se ajusta a una terapia real. Por último, pretendíamos conocer las experiencias del personal de estas asociaciones con víctimas inmigrantes que no hablan español de manera fluida, así como su opinión acerca del trabajo con intérpretes en las terapias. Los pasos que seguimos fueron:

1. Contactar con las asociaciones y concertar un encuentro con la persona que se encargaba de la asistencia psicológica a las víctimas.
2. Presentarles el modelo de entrevista.
3. Analizar la información obtenida.

6.1. Contactar con las asociaciones

Gracias a la tutora de este trabajo, Icíar Alonso, conocí la existencia de estas dos asociaciones sin ánimo de lucro que ofrecen asistencia gratuita a las víctimas extranjeras de VG en Salamanca, bien acudan por voluntad propia o derivadas desde servicios asistenciales públicos. Una vez conseguido el contacto, les escribí para concertar un encuentro y comunicarles cuáles eran mis objetivos y en qué se basaba mi estudio. Tanto desde la asociación Plaza Mayor como desde ADAVAS, la respuesta fue casi inmediata y, en cuestión de semanas, pude entrevistarme con las psicólogas.

⁸ ADAVAS: Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia de Género, disponible en: <http://adavas.org/>
PLAZA MAYOR: Asociación de Ayuda a la Mujer “Plaza Mayor”, disponible en: <http://www.asociacionplazamayor.es/>

6.2. Presentarles el modelo de entrevista

El siguiente paso fue redactar una serie de preguntas destinadas al personal de los centros que me ayudasen a recopilar toda la información necesaria. En ambas entrevistas, de aproximadamente 60 y 30 minutos respectivamente, el procedimiento fue el mismo. En primer lugar, les conté detalladamente en qué consistía mi trabajo para que pudiesen familiarizarse con el contexto y, después, les planteé las preguntas que había preparado.

ENTREVISTA A LAS PSICOTERAPEUTAS

1. ¿Han asistido a víctimas inmigrantes? ¿Cuál es la nacionalidad predominante?
2. ¿Han trabajado alguna vez con intérpretes profesionales?
3. ¿Han tenido casos con intérpretes *ad hoc*? ¿De qué manera afectaba a la terapia?
4. ¿Quién ha proporcionado el intérprete en cada caso?
5. ¿Cuentan con formación acerca de cómo trabajar con intérpretes en las consultas?
6. ¿Qué consideran que es lo más importante en las terapias con intérprete?
7. ¿Cuentan con material informativo traducido a otros idiomas que sirvan de apoyo a las víctimas?

6.3. Analizar la información obtenida

A continuación, me gustaría presentar a grandes rasgos los principales datos que he extraído de mi entrevista con las psicólogas de ambas asociaciones. Dado que solamente he realizado el estudio en dos centros, es posible que los datos obtenidos no sean muy

relevantes, pero creo que pueden ser un reflejo de lo que está sucediendo en nuestro país en este ámbito de salud mental. Las experiencias de ambas asociaciones han sido distintas, por lo que quisiera plasmarlas por separado.

1. ¿Han asistido a víctimas inmigrantes? ¿Cuál es la nacionalidad predominante?

ADAVAS: Han tenido diferentes experiencias con mujeres inmigrantes de nacionalidades variadas. En los casos de mujeres de origen brasileño no utilizaron intérprete, pues las mujeres se expresaban en una mezcla de portugués-español. Por lo general, las mujeres que han tratado no hablaban nada de español y directamente acudían con alguien cercano que les ayudaba a comunicarse.

Plaza Mayor: En los últimos cinco años han tenido algunos casos con mujeres inmigrantes de diferentes nacionalidades, pero no numerosos. En los casos de mujeres brasileñas, no fue necesaria la presencia de una intérprete, pues las mujeres tenían nociones básicas de español y, haciendo un esfuerzo inmenso, pudieron llegar a conversar. En otros casos, como por ejemplo, mujeres búlgaras o de Malawi, sí se requirió la presencia de una intérprete.

2. ¿Han trabajado alguna vez con intérpretes profesionales?

ADAVAS: No, nunca han trabajado con intérpretes profesionales o semi-profesionales, sino que siempre han sido intérpretes *ad hoc*, en su mayoría familiares de las víctimas.

Plaza Mayor: No, nunca han trabajado con intérpretes profesionales, pero sí con semi-profesionales (estudiantes en prácticas).

3. ¿Han tenido casos con intérpretes *ad hoc*? ¿De qué manera afectaba a la terapia?

ADAVAS: Sí, todos los intérpretes con los que han trabajado eran *ad hoc*. Por lo general, las mujeres que han tratado no hablaban nada de español, por lo que directamente acudían con alguien cercano que les ayudaba a comunicarse. Estas personas que hacían de intermediarias en la comunicación a menudo conocían la historia de la víctima de primera mano, por lo que más que funcionar de puente entre la víctima y la psicóloga, terminaban aportando información y al final se convertía en una conversación a tres bandas.

Plaza Mayor: Sí, la mayoría de los intérpretes con los que han trabajado eran *ad hoc*. Afortunadamente, las experiencias que han tenido han sido satisfactorias, pues consideran que aun siendo intérpretes *ad hoc* les han ayudado a conseguir sus objetivos. No obstante, han notado mucha diferencia entre aquellas intérpretes que tenían una buena predisposición y las que no.

4. ¿Quién ha proporcionado el intérprete en cada caso?

ADAVAS: Las intérpretes acuden directamente con las víctimas, derivadas desde otras asociaciones. Las pacientes están acostumbradas a contar con una persona que les asiste y que hace de enlace para ayudarles a comunicarse.

Plaza Mayor: Las intérpretes acuden directamente con las víctimas, derivadas desde otras asociaciones. Las pacientes están acostumbradas a contar con una persona que les asiste y que hace de enlace para ayudarles a comunicarse.

5. ¿Cuentan con formación acerca de cómo trabajar con intérpretes en las consultas?

ADAVAS: No. Nunca han recibido formación sobre cómo trabajar con intérpretes, sino que ha sido su predisposición y sentido común lo que les ha impulsado a hacer todo lo posible por facilitar el trabajo de la intérprete y sacar la terapia adelante. No obstante,

consideran que es muy complicado trabajar con intérpretes, tanto *ad hoc* como profesionales.

Plaza Mayor: No. Nunca han recibido formación sobre cómo trabajar con intérpretes, sino que ha sido su predisposición y sentido común lo que ha hecho que la sesión se realizase de la manera más natural posible. Son conscientes de que tienen a una intérprete que va a reproducir sus palabras y sus intenciones, por lo que intuitivamente tratan de utilizar frases cortas, vocabulario sencillo, aclarar términos, así como mirar a la paciente a los ojos. Están dispuestas a adaptarse a la situación, pues su objetivo principal es poder asistir a la víctima de violencia y que la terapia tenga unos resultados positivos. Consideran de gran importancia que las intérpretes transmitan no solo las palabras, sino también el tono, la forma y la intención de su mensaje.

6. ¿Qué consideran que es lo más importante en las terapias con intérprete?

ADAVAS: Es esencial que se cumpla el principio de fidelidad y que no solo se interpreten las palabras, sino también la forma y la intención, es decir, el lenguaje no verbal. De hecho, dan mucha importancia a este último. También consideran que el factor cultural es clave en las terapias con víctimas extranjeras.

Plaza Mayor: Consideran de gran importancia que las intérpretes transmitan no solo las palabras, sino también el tono, la forma y la intención de su mensaje. Asimismo, creen que es esencial que sea la misma intérprete la que asista a la misma mujer durante todas las consultas que se programen a lo largo del tratamiento. Por otro lado, dan también mucha importancia al factor cultural.

7. ¿Cuentan con material informativo traducido a otros idiomas que sirvan de apoyo a las víctimas?

ADAVAS: Cuentan con folletos informativos para las víctimas inmigrantes traducidos a los idiomas más solicitados: inglés, chino, japonés, árabe, francés, portugués. Fueron traducidos por traductores profesionales, pues desde la asociación creyeron muy necesario invertir en este recurso de apoyo.

Plaza Mayor: Gracias a la ONG UNAF (Unión de Asociaciones Familiares), cuentan con folletos informativos sobre sexualidad en inglés, francés y árabe, pero yo misma he podido comprobar errores y malas traducciones en ellos.

6.3.1. Síntesis

Teniendo en cuenta lo descrito previamente y lo que concluí tras la entrevista con las psicólogas, creo que puedo establecer una serie de conclusiones comunes que nos muestran la realidad de estos dos centros de asistencia a víctimas de VG, que podría no distar mucho de la realidad general del panorama español.

- Las psicoterapeutas no reciben formación sobre cómo trabajar con intérpretes.
- El uso de intérpretes *ad hoc* es una práctica muy común.
- El lenguaje no verbal tiene tanta importancia como el verbal.
- El factor cultural desempeña un papel muy importante.
- Es imprescindible que sea la misma intérprete la que asista a la misma víctima durante todas las consultas que conformen el tratamiento.
- Contar con un tercer interlocutor en las terapias de asistencia a víctimas de VG altera la consulta, pero puede tener resultados muy positivos.

Estas conclusiones nos pueden ayudar también a corroborar la teoría explicada en los apartados previos.

En primer lugar, en ambas entrevistas hemos constatado que es cierto que las mujeres inmigrantes normalmente recurren a familiares o amigos para que les asistan en su día a día, hasta que empiezan a tener un dominio del idioma. Estos familiares que hacen de intermediarios o intérpretes *ad hoc* no suelen tener ningún tipo de formación y suelen dejarse llevar por condicionamientos externos. Se supone que el intérprete profesional no tiende a recurrir al rol de defensor, pero es bastante frecuente que el intérprete *ad hoc* sí adopte esa postura. El hecho de que en este ámbito apenas se utilicen intérpretes profesionales hace que los terapeutas se forjen una idea errónea de la profesión y por ello, consideran que es muy complicado trabajar con ellos. Es cierto también que los profesionales en salud mental no reciben ningún tipo de formación sobre cómo trabajar con intérpretes en sus entrevistas médicas o, al menos, en centros de asistencia como los que hemos visitado. En cuanto a la víctima, hemos corroborado que normalmente las pacientes acuden a programas de asistencia psicológica derivadas desde otras asociaciones y presentan síntomas como el aislamiento social, la dependencia emocional del agresor o la indefensión aprendida. Por último, respecto a la terapia, es inevitable que se vea alterada por la presencia de un tercer intermediario, pero aun siendo un intérprete *ad hoc* se pueden conseguir resultados positivos.

CONCLUSIÓN

El análisis de los datos sobre VG que hemos ofrecido a lo largo del trabajo, así como el trabajo de campo realizado en dos asociaciones de asistencia a víctimas y la grabación del *role-play* nos han permitido extraer algunas conclusiones generales acerca de cómo proveer la asistencia lingüística adecuada a víctimas de VG.

En el ámbito de salud mental, la asistencia lingüística presenta diferentes problemas. Por un lado, existen obstáculos que derivan de la propia administración, pues partimos de la base de que no hay servicios de intérpretes profesionales en los centros de asistencia a víctimas de VG. Por otro, los propios psicoterapeutas en ocasiones establecen barreras a la asistencia lingüística debido principalmente al desconocimiento de la función del intérprete. En ocasiones desconfían de ese tercer interlocutor que está presente en la terapia; esto puede deberse al hecho de que normalmente trabajan con intérpretes *ad hoc*, por lo que como hemos comentado previamente, tienen una visión errónea del intérprete profesional. Además, se ven obligados a modificar su metodología de trabajo, pues no pueden hacer uso de su herramienta principal, la palabra, como les gustaría.

Asimismo, existen algunas dificultades añadidas que dependen del intérprete. Incluso si se trata de un intérprete profesional, cabe la posibilidad de que desconozca algunas cuestiones culturales que rodean a la víctima o que tenga problemas con el dialecto y el registro que esta emplea. Si conoce los códigos deontológicos sabrá cómo proceder, pero en el caso de que sea un intérprete *ad hoc* sin formación, la terapia se alterará. En este contexto de VG, además, el factor emocional desempeña un papel muy importante, pues al tratarse de una cuestión tan sensible hay mayor posibilidad de que el intérprete se implique emocionalmente con la víctima y de que su prestación se vea interferida.

Pese a que las dos entrevistas realizadas a psicólogas especializadas en VG no sean suficientes para generalizar la situación del ámbito de la salud mental en el panorama nacional, personalmente creo que sí pueden servirnos para que nos hagamos una ligera idea de lo que sucede en la actualidad. Parece inevitable que el uso de intérpretes *ad hoc* siga siendo una práctica común. Por tanto, ante la escasez de intérpretes profesionales en salud mental especializados en VG, creo que sería muy conveniente formar a los psicoterapeutas para que sepan dirigir la consulta con presencia de un intérprete, de ma-

nera que consigan los mejores resultados posibles. Por último, en un contexto en el que la forma importa tanto como el contenido, se deberían llevar a cabo más investigaciones para llegar a un criterio unánime sobre cuál es el papel del intérprete en las consultas de salud mental. Para ello, considero necesario que dentro del ámbito sanitario se dé importancia a este campo específico de salud mental y se estudie de manera independiente, pues como ya hemos comprobado, presenta unas características muy particulares que requieren unas necesidades específicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHOTEGUI LOIZATE, Joseba. El duelo por la lengua en el síndrome de Ulises. En GONZÁLEZ, L.; DE LAS HERAS, C. (eds.). *La traducción y la interpretación contra la exclusión social. Actas de la Jornada celebrada en Representación de la Comisión Europea en España el 1 de octubre de 2010*. Madrid, 2010. pp. 21-47.
- ACHOTEGUI LOIZATE, Joseba. *La Depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Ediciones Mayo S.A., 2002.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL ESPAÑA. *Más riesgos y menos protección. Mujeres inmigrantes en España frente a la violencia de género*. 2007. 52 p. [Consultado el 8 de marzo de 2014]. Disponible en: https://www.es.amnesty.org/uploads/media/Informe_Mas_riesgos_y_menos_proteccion_231107.pdf
- BARBERO GUTIERREZ, J. Inmigración, salud y bioética. Consideraciones éticas en la atención al inmigrante. En MORENO MONTES, Joaquín [et al.]. *Manual de atención al inmigrante* [en línea]. 2009. pp. 39-53. [Consultado el 5 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_49951_FICHERO_NOTICIA_41735.pdf
- CABRERO APARICIO, Eva Mª. El trastorno por estrés postraumático, procedimiento del peritaje psicológico e instrumentos de evaluación pericial psicológica en víctimas con trastorno de estrés postraumático. En FIGUERUELO BURRIEZA, Ángela [et al.]. *Violencia de género e igualdad: una cuestión de derechos humanos*. Granada: Comares, 2013. pp. 303-311.
- CASAS, Miquel [coord.] [et al.]. *Mediación Intercultural en el ámbito de la salud. Programa de Formación*. Obra social fundación “La Caixa” [en línea], 2009. [Consultado el 15 de abril de 2014]. Disponible en: https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf
- COHEN, Suzane [et al.]. Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. *Sociology of Health & Illness* [en línea]. 1999, vol. 21, no. 2, pp. 163-186. [Consultado el 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00148/pdf>
- CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL. *Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección solicitadas en los juzgados de violencia sobre la mujer (JVM) y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia en el tercer trimestre del año 2013*. Madrid: Observatorio contra la violencia doméstica y de género, 2013. 31 p. [Consultado el 20 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Actividad_del_Observatorio/Datos_estadisticos/La_violencia_sobre_la_mujer_en_la_estadistica_judicial_tercer_trimestre_de_2013
- CORTÉS CALVO, IRENE. Conferencia Inaugural: Educación en Igualdad para prevenir la Violencia de Género. En FIGUERUELO BURRIEZA, Ángela [et al.]. *Violencia de género e igualdad: una cuestión de derechos humanos*. Granada: Comares, 2013. pp. 1-8.
- ESCUADERO BREGANTE, Mª José. La Interpretación en Salud Mental: Estado de la Cuestión y Aproximación a la Práctica. En: *Actas del V Congreso Internacional sobre Traducción e Interpretación en los SSPP, (Re)Considerando ética e ideología en situaciones de conflicto* (Alcalá de Henares, Madrid, 3-4 de abril de 2014). Sección II, pp. 120-128.
- FERNÁNDEZ-VELASCO, Rocío. Mujeres víctimas de violencia en el hogar: un programa de actuación. En PÉREZ FERNÁNDEZ, M. [et al.]. *Sociedad, violencia y mujer. Retos para afrontar la desigualdad*. Salamanca: Amaru Ediciones, 2005.

- FIGUERUELO, Ángela; POZO PÉREZ, Marta del; LEÓN ALONSO, Marta; GALLARDO RODRÍGUEZ, Almudena. *Violencia de género e igualdad: una cuestión de derechos humanos*. Granada: Comares, 2013.
- GARCÍA BAYAERT, S.; SERRANO PONS, J.: Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. En MORENO MONTES, Joaquín [et al.]. *Manual de atención al inmigrante* [en línea]. 2009. pp. 53-67. [Consultado el 25 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_49951_FICHERO_NOTICIA_41735.pdf
- GARCÍA LUQUE, Francisca. La interpretación telefónica en el ámbito sanitario. Realidad social y reto pedagógico. *Redit* [en línea]. 2009. n.3, pp. 18-30. [Consultado el 15 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.redit.uma.es/Archiv/n3_2009/mono_GarciaLuque_reddit3.pdf
- GUTIÉRREZ, J.: Inmigración, salud y bioética. Consideraciones éticas en la atención al inmigrante. En MORENO MONTES, Joaquín [et al.]. *Manual de atención al inmigrante* [en línea]. 2009. [Consultado el 15 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_49951_FICHERO_NOTICIA_41735.pdf
- LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [en línea]. 2010. vol. 18, n.3. [Consultado el 15 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23
- LEANZA, Y. Roles of community interpreters in paediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting Special Issue. Healthcare Interaction: Discourse and Interaction*, vol. 7(2), pp. 167-192.
- LEY ORGÁNICA 1/2004, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 2004, núm. 313. [Consultado el 5 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- LEY ORGÁNICA 4/2000, DE 11 DE ENERO, DE DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA Y SU INTEGRACIÓN SOCIAL. *Boletín Oficial del Estado*, 12 de enero de 2000. [Consultado el 20 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/Ministerio/EscuelaDiplomatica/Documents/2013-LOEX%20Ref%5B1%5D.pdf>
- LÓPEZ IZQUIERDO, R. [et al.]. Entrevista al paciente inmigrante. No todo es clínica. *AMF* 2007; 3(5). pp. 259-266. [Consultado el 5 de junio de 2004]. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=630
- MARTÍN MARTÍN, Paloma. La prostitución, una modalidad más de violencia contra la mujer. En PÉREZ FERNÁNDEZ, M. [et al.]. *Sociedad, violencia y mujer. Retos para afrontar la desigualdad*. Salamanca: Amaru Ediciones, 2005. pp. 155-162.
- MASANET, Erika [et al.]. La inmigración brasileña en España: características, singularidades e influencia de las vinculaciones históricas. *Pap. poblac* [en línea]. 2012, vol.18, n.71, pp. 87-119. [Consultado el 4 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v18n71/v18n71a4.pdf>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Información estadística de violencia de género*. Madrid: Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Conocimiento de la Violencia de Género, 2012. 26 p. [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/InformesViolenciaGenero/pdfs/Informe_VG_Enero_2012.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Macroencuesta sobre violencia*

- de género de 2011 (Principales resultados). Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Publicada el 8 de febrero de 2012. [Consultado el 28 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf
- MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. *Plan Estratégico de Integración y Ciudadanía 2007-2010*. 2011. [Consultado el 5 de marzo de 2014]. Disponible en: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/IntegracionRetorno/Plan_estrategico/pdf/PECIDEF180407.pdf
- MORENO MONTES, Joaquín [et al.]. *Manual de atención al inmigrante* [en línea]. 2009. [Consultado el 25 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_49951_FICHERO_NOTICIA_41735.pdf
- OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO DE ESPAÑA. *La trata de seres humanos en España: víctimas invisibles*. Madrid: Defensor del Pueblo, 2012. [Consultado el 6 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/Informe_Defensor_del_Pueblo_trata.pdf
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2011: comunicar eficazmente sobre la migración*. Francia: Imprimerie Courand et Associés, 2011. [Consultado el 4 de abril de 2014]. Disponible en: http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPath=37&products_id=754
- PÉREZ FERNÁNDEZ, M. [et al.]. *Sociedad, violencia y mujer. Retos para afrontar la desigualdad*. Salamanca: Amaru Ediciones, 2005.
- POBLET, Gabriela; PEDONE, Claudia [coord.]. *Migraciones brasileñas a España. Estado de la cuestión* [en línea]. Barcelona, 2011. [Consultado el 28 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.ciimu.org/pidpmi/publicaciones/01workpaper_migracbrasile%C3%B1asespa%C3%B1a_gabriela.pdf
- POZO PÉREZ, Marta del [et al.]. *161 respuestas sobre la violencia de género: desde el derecho constitucional, la sociología, la psicología y el derecho procesal*. Salamanca: Caja Duero, Globalia, 2008.
- SÁNCHEZ-GUILLÉN, LUIS. Atención Sanitaria a la Víctima de Violencia de Género. En FIGUERUELO BURRIEZA, Ángela [et al.]. *Violencia de género e igualdad: una cuestión de derechos humanos*. Granada: Comares, 2013. pp. 237-247.
- SOS-VICS. SPEAK-OUT FOR SUPPORT. [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://cuautla.uvigo.es/sos-vics/>
- TOLEDANO BUENDÍA, Carmen; FERNÁNDEZ PÉREZ, Magdalena. Las barreras lingüísticas en la atención a las víctimas extranjeras de violencia de género: un factor ignorado. En TACORONTE DOMÍNGUEZ, M. [et al.] (eds.). *Actas II Jornadas de Investigaciones Feministas y Análisis de Género. Avances y propuestas*, (Universidad de la Laguna 8 y 9 de octubre de 2012). La Laguna, 2012. pp. 33-44.
- TRIBE, Rachel; MORRISSEY, Jean. *Good practice issues in working with interpreters in mental health* [en línea]. 2004, vol. 2, no. 2, pp. 129-142. [Consultado el 20 de abril de 2014]. Disponible en University of East London Institutional Repository: http://www.interventionjournal.com/downloads/22pdf/129_142%20Tribe.pdf
- UNFPA. *Estado de la población mundial 2010*: División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010. [Consultado el 20 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2010/web/es/pdf/ES_SOWP10.pdf

VELASCO RIEGO, Luisa. Violencia de Género: La Situación de las Mujeres Inmigrantes. En PÉREZ FERNÁNDEZ, M. [et al.]. *Sociedad, violencia y mujer. Retos para afrontar la desigualdad*. Salamanca: Amaru Ediciones, 2005. pp. 251- 262.



ANEXOS

ANEXO 1: *Role-play* consulta psicológica a víctima brasileña de violencia de género

FICHA DESCRIPTIVA

Lenguas: Español-Portugués (variante europea/ variante de Brasil).

Duración: 10:00

Calidad vídeo: media.

Dificultad: media (intervenciones algo extensas que requieren toma de notas; términos generales, no muy especializados; aspectos culturales y falsos amigos que dan lugar a equívocos).

Intervienen: Psicoterapeuta, intérprete profesional y víctima brasileña de VG.

- Psicoterapeuta: especializada en VG; lenguas activas: español.
- Intérprete: Andrea, mujer española, 35 años, familiarizada con la VG; lenguas de trabajo: español/portugués variante europea.
- Víctima de VG por su pareja: Gabriela, brasileña, 38 años (2 meses en España); lenguas: portugués variante de Brasil (no habla español).

Contexto: Entrevista a víctima brasileña de violencia de género. Se tratará de la primera consulta entre la víctima y la profesional en salud mental. Consistirá en una entrevista personal que ayudará a la psicoterapeuta a recuperar información biopsicosocial y las características de la problemática para realizar el posterior análisis de los datos y la determinación de un itinerario terapéutico a largo plazo. Dado que la víctima es de origen brasileño y no habla español, se requiere la presencia de un intérprete, preferiblemente del mismo sexo y de la misma edad y nacionalidad de esta.



Antecedentes y datos del caso:

Gabriela, mujer brasileña de 38 años (2 meses en España). Se dedica al servicio doméstico. Desde que está en España su marido la golpea con frecuencia. Con ayuda de una vecina ha interpuesto una denuncia y se ha marchado de casa. Es consciente del maltrato que ha sufrido y se encuentra mal física y psicológicamente. Ha acudido a una asociación para recibir asistencia psicológica.

Observaciones:

Este *role-play* ha sido elaborado con fines totalmente didácticos. En notas a pie de página se pueden encontrar algunos comentarios sobre fragmentos concretos que requerían una explicación.

Diseño del caso y del guión: Julia Abascal Carral

Coordinadora: Icíar Alonso Araguás, miembro del proyecto SOS-VICS.

Actrices: Lourdes de la Torre (psicóloga), Marisol Mandarinó (usuaria) y Lucía Varela (intérprete).

GUIÓN DEL *ROLE-PLAY*

La intérprete llama a la puerta.

Psicóloga: Buenos días, Andrea. Pasa.

La intérprete se dirige a la psicóloga⁹.

Intérprete: Antes de comenzar, si le parece, me presento a Gabriela.

Bom dia Gabriela, eu vou ser a sua intérprete durante toda a consulta, e você tem de falar com a psicóloga na primeira pessoa. Tudo o que você diga eu vou interpretar ao espanhol, e não tem de se preocupar porque é confidencial.

www.sosvicsformación.es

⁹ Dado que va a dirigirse en portugués a la víctima y para no dejar fuera de la conversación a la psicóloga, se dirige primero a ella y le indica que va a presentarse.



1. Psicóloga: Hola, Gabriela, ¿cómo estás? Mira, te voy a hacer unas preguntas sobre la situación en la que te encuentras. Yo sé que es muy difícil hablar de ello, pero necesito que me contestes de la manera más detallada para prestarte la ayuda adecuada. ¿Me puedes decir qué ha pasado?

Intérprete: *Bom dia Gabriela, como está? Eu preciso que você fale da sua situação com mais pormenores para poder ajudar-lhe melhor. Intente contar-me um bocado mais da situação.*

Víctima: *O caso é que o meu marido me bate, sabe? Então, está difícil.*

Intérprete: Mi marido me pega y es una situación muy difícil.

2. Psicóloga: ¿Me puedes decir detalladamente cuándo fue la última vez que te pegó?

Intérprete: *Podia-me dizer com mais pormenores quando foi a última vez que lhe bateu?*

Víctima: *Eu trabalho na casa do senhor, sabe, fazendo a limpeza, e então um dia eu cheguei mais tarde e meu marido já estava em casa, e eu não tinha o jantar pronto e ele ficou furioso, me bateu, me xingou, me jogou no chão, me bateu na barriga, aqui, e me mascou nos braços também, tudo porque o jantar não estava pronto. E aí, depois, ele me obrigou a preparar-se “Pirarucu a casaca”, sabe, e nem me deixou provar a comida. Foi horrível.*

La intérprete necesita una aclaración¹⁰. Pide permiso a la psicóloga y se dirige a la víctima.

Intérprete: *O que quer dizer com “Pirarucu a casaca”?*

Víctima: *É um prato brasileiro.*

Intérprete: Yo trabajo en la casa de unos señores limpiando y un día llegué tarde a casa. Mi marido ya estaba allí, pero yo no había tenido tiempo de hacerle la cena, así que se

¹⁰ Interferencia cultural: la intérprete no ha comprendido el nombre de un plato típico de Brasil, por lo que necesita una aclaración. Se lo indica a la psicóloga y a continuación, pide explicación a la víctima. Después, prosigue con la interpretación.



enfadó mucho, me pegó, me tiró al suelo, me pegó en las piernas, en la barriga, en los brazos.... Y estaba furioso, me obligó a preparar *Pirarucu a casaca*, que es un plato típico de Brasil¹¹, y ni siquiera me dejó probarlo.

3. Psicóloga: ¿Y con qué frecuencia se daba esta situación, Gabriela?

Intérprete: *Qual era a frequência desta situação?*

Víctima: *Olha, no Brasil isso não acontecia, mas depois que eu cheguei para aqui para Espanha ele começou a me bater, bate, duas três vezes por semana. Horrível.*

Intérprete: Cuando estábamos en Brasil nunca me pegó, pero en cuanto llegamos a España empezó a pegarme dos o tres veces por semana. Es horrible.

4. Psicóloga: Gabriela, ¿de qué manera ha afectado este problema a tu vida?

Intérprete: *Em que maneira afetou este problema a sua vida?*

Víctima: *Olha, è muito difícil porque quase se passa todo dia apanhando e tudo, e tem vezes que tenho muita dor no corpo, né? E eu não consigo nem trabalhar. É mesmo uma situação difícil, fico em vergonha, fico muito embaraçada.*

La psicóloga interrumpe al haber entendido la palabra “embarazada”.

Psicóloga: Perdona, pero ¿ha dicho que está embarazada?¹²

Intérprete: No, en portugués *embaraçada* quiere decir avergonzada¹³.

La intérprete le indica a la víctima que la psicóloga necesitaba una explicación y continúa con la interpretación.

Intérprete: *A psicóloga queria saber o que queria dizer “embaraçada” porque aqui em*

¹¹ Con este añadido explicativo, la intérprete adopta el rol de *cultural broker*, pues la pequeña aclaración que proporciona está relacionada con un concepto cultural.

¹² La psicóloga interrumpe la conversación antes de que la intérprete traduzca el mensaje.

¹³ En este ejemplo, la intérprete adopta el rol de clarificador, pues se trata de una interferencia lingüística. De nuevo, para no aislar a la víctima, le indica que la psicóloga necesitaba una aclaración.



Espanha quer dizer “grávida”.

Víctima: *Deus me livre! Nem pensar!*

Intérprete: Es una situación muy difícil porque me pega a todas horas y tengo muchos dolores. Ni siquiera puedo ir a trabajar a veces, y estoy muy avergonzada.

5. Psicóloga: Gabriela, ¿has hecho algo para solucionar este problema y has obtenido algún resultado?

Intérprete: *Gabriela, o que é que você fez para tentar resolver este problema e teve isto algum resultado?*

Víctima: *A última vez que ele me bateu eu fiquei até inconsciente, sabe? E então, uma amiga, uma vizinha amiga também, me ajudou. Aí eu fui à policia e dei queixa, mas eu não queria, sabe? Eu creio que fui porque já não aguentava mais.*

Intérprete: La última vez casi me dejó inconsciente y pedí ayuda a una amiga, una vecina. Fui con ella a comisaría y puse la denuncia, pero yo no quería, pero no aguantaba más.

6. Psicóloga: O sea que sí has denunciado el maltrato, ¿no? Pero, ¿has retirado la denuncia?

Intérprete: *Então, você fez a queixa, mas alguma vez a retirou?*

Víctima: *Eu depois que fiz a queixa eu saí de casa, né? E fiquei assim com medo, fiquei com vontade de tirar mesmo. Eu quero tirar a denúncia porque eu tenho medo que façam alguma coisa com ele, sabe? Eu gosto muito dele, tenho medo.*

Intérprete: Después de la denuncia me fui de casa, porque tenía mucho miedo, pero sí me gustaría retirarla porque le quiero, aún le quiero, y no quiero que le hagan nada malo.



7. Psicóloga: Gabriela, ¿has vuelto a ver a tu marido desde que le denunciaste, desde que tomaste medidas legales?

La víctima interrumpe y hace una pregunta a la intérprete.

Víctima: *Medidas legais? Isso é legal, então?*

Intérprete: *Não, aqui em Espanha “legais” quer dizer que tem a ver com a lei, com a queixa que você fez¹⁴.*

La intérprete le indica a la psicóloga que la víctima necesitaba una aclaración y continúa con la interpretación.

Você voltou a ver ao seu marido desde que fez a queixa?

Víctima: *Não, depois que eu fiz a queixa, eu sai de casa, né? Mas ele continua me procurando e manda muitos torpedos e fica pedindo perdão. É assim, em direto.*

Intérprete: No, no le he vuelto a ver desde que me fui de casa, pero me sigue hablando, mandándome SMS, pidiéndome perdón a todas horas. Es así.

8. Psicóloga: Gabriela, ¿sabes que hay muchos recursos a tu alcance, las viviendas sociales y muchas ayudas que te podemos prestar?

Intérprete: *Você sabe alguma coisa destas ajudas que tem ao seu dispor, como casas de acolhimento o ajudas sociais?*

Víctima: *A minha vizinha me ajudou a vir aqui, em favor desta associação que ajuda às imigrantes que sofrem esses maus tratos. E então, me ajudaram a encontrar uma moradia, eu divido um apartamento com outras mulheres, sabe, as quais são as minhas amigas, e sozinha não daria para pagar o aluguel que há aqui, é bastante caro. Então, tenho de dividir e preciso de dinheiro também para voltar para Brasil. Então não sei, não sei como o vou fazer porque eu não consigo trabalhar, tenho muitas dores na coluna, sabe? Dá vontade de chorar. É muito difícil.*

¹⁴ En este ejemplo la intérprete vuelve a adoptar el rol de clarificador, pues se trata de una interferencia lingüística. La intérprete sigue el mismo procedimiento que en los casos anteriores y le explica a la psicóloga que le estaba aclarando un término a la víctima.



Intérprete: Mi vecina fue la que me ayudó porque conocía esta asociación de mujeres inmigrantes que sufren malos tratos. Ahora tengo una nueva casa en la que vivo con otras mujeres que están en mi situación y nos dividimos el alquiler, porque si no sola no podría pagarlo porque es muy caro. Y con estas mujeres pues ahora somos todas amigas. También necesito dinero para volver a Brasil, pero no sé cómo voy a hacerlo porque hay días que ni siquiera puedo trabajar por el dolor de espalda. Me dan ganas de llorar. Es muy difícil.

Víctima: *Está difícil.*

Intérprete: Es muy difícil.

Víctima: *Só dá de chorar.*

Intérprete: Me dan ganas de llorar.

La víctima se derrumba psicológicamente¹⁵.

Psicóloga: Gabriela, no te preocupes, que te vamos a ayudar¹⁶.

Intérprete: *Gabriela não se preocupe que nós vamos lhe ajudar*¹⁷.

Psicóloga: Vas a recuperar tu vida. No te preocupes, Gabriela.

Intérprete: *Vai recuperar a sua vida.*

Víctima: *Obrigada.*

¹⁵ La víctima se derrumba al hablar de la situación que ha vivido. Esto suele ocurrir con bastante frecuencia en casos de VG. Por ello, tanto el intérprete como la psicóloga tienen que mostrar empatía y calidez con ella.

¹⁶ La psicóloga se implica bastante emocionalmente; vemos que incluso hay contacto físico con la víctima.

¹⁷ La intérprete permanece bastante neutral y trata de no implicarse demasiado, pero sí transmite el tono de voz tranquilizador que ha empleado la psicóloga. En este ejemplo se puede apreciar la importancia que la forma del mensaje tiene en el contexto de salud mental.